

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra



Dana Tenglerová

Užívání potravinových doplňků seniory

Use of Nutrition Supplements for the Elderly

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Miluše Kulhavá

Praha, 2014

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně, a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu. Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 15.04.2014

Dana Tenglerová

Podpis

Identifikační záznam:

TENGLEROVÁ, Dana. *Užívání potravinových doplňků seniory. [Use of Nutrition Supplements for the Elderly]*. Praha, 2014. 79 s., 7 příloh. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství, 2014. Vedoucí práce Kulhavá, Miluše.

Abstrakt:

Primárním cílem mé práce bylo nastínit problematiku užívání potravinových doplňků seniory. Většina užívá léky předepsané lékařem, ale někteří také lépe dostupné volně prodejné potravinové doplňky. Zejména senioři, pod neustálým vlivem masivní reklamy v televizi a ostatních sdělovacích prostředcích, považují potravinové doplňky za plnohodnotné léky a mnozí jsou ochotni za tyto preparáty utratit nemalé částky ze svých příjmů. V teoretické části své práce definuji pojem senior, zabývám se rysy stárnutí a problematikou výživy této věkové skupiny. Dále se věnuji potravinovým doplňkům obecně a jejich rozlišením od léčiv. Závěr teoretické části věnuji reklamě a jejímu vlivu na seniory. Ve výzkumné části, která probíhala formou kvantitativního výzkumu realizovaného formou dotazníku šetření, zjišťuji užívání potravinových doplňků u seniorů nad 65 let věku hospitalizovaných v Nemocnici Slaný. Osloveno bylo 100 respondentů, do konečného zpracování bylo použito 95 dotazníků. Z šetření vyplývá skutečnost, že 60 % dotazovaných užívá pravidelně nebo jen občas potravinové doplňky. Dále jedním z dílčích cílů bylo zjistit ekonomické zatížení seniorů při pořizování těchto preparátů. Dle výsledků empirického šetření finanční prostředky měsíčně vynaložené seniory, kteří užívají potravinové doplňky, za toto zboží, jsou téměř shodné s částkou vynaloženou za léky předepsané lékařem. Druhým dílčím cílem, který jsem si stanovila, bylo zjistit, zda jsou senioři ovlivněni reklamou na potravinové doplňky. Pouze 26, 32 % dotazovaných si ovlivnění reklamou připouští. Význam mé práce spočívá v uvědomění potřeby zvyšovat informovanost seniorů v oblasti potravinových doplňků prostřednictvím letáků, informačních brožur nebo přednášek. Měli by užívat pouze ty doplňky stravy, které jsou jim doporučeny lékařem nebo které jsou s ním či s erudovaným pracovníkem v lékárně konzultovány. Také je důležitá důsledná kontrola nad dodržováním stanovených pravidel týkajících se reklamy, aby nedocházelo k dezinformovanosti veřejnosti.

Klíčová slova: senioři, výživa, potravinové doplňky, reklama, ekonomické aspekty

Abstract:

The primary goal of my thesis was to describe the use of food supplements by seniors. Most seniors use medications prescribed by physicians and some of them also use over-the-counter food supplements that are more easily accessible. Seniors, in particular, are susceptible to considering food supplements to be as efficient as medications under the incessant influence of massive advertising on TV and other media, and many of them are willing to spend considerable amounts from their income on such preparations. In the theoretical part of my thesis, I define the term 'senior', describe the traits of ageing, and focus on the topic of nutrition in this age group. Then I focus on food supplements in general and their distinction from medications. The end of the theoretical part is focused on advertising and its impact on seniors. In the research part, which was prepared by means of a quantitative research, I examine the use of food supplements among seniors aged over 65, hospitalised at the Slaný Hospital. A total of 100 respondents were addressed, and 95 questionnaires were used at the end. The research shows that 60 % of the respondents use food supplements regularly or occasionally. One of the sub-goals of the thesis was determining the financial burden for seniors in purchasing the preparations. Based on the empirical research results, the amounts that seniors who use food supplements expend on those goods on a monthly basis are almost as high as the amounts spent on prescription medications. Another sub-goal was determining whether or not seniors are influenced by food supplement advertising. Just 26.32 % of the respondents admit to the possibility of being influenced by advertising. The meaning of my thesis lies in realising the need for increasing awareness among seniors as regards food supplements using leaflets, information brochures, and lectures. Seniors should only use those food supplements that their physicians recommend or on the use of which they have consulted qualified pharmacy staff. Consistent control over the observance of the rules defined for advertising is also important to prevent spreading misinformation among the general public.

Key words: the elderly, nutrition, nutrition supplements, advertising, economical aspects

Poděkování: Na tomto místě bych ráda poděkovala paní Mgr. Miluši Kulhavé, vedoucí mé bakalářské práce, za podporu, ochotu a odbornou pomoc. Dále děkuji MUDr. Jiřímu Šimákovi za možnost provést praktickou část v Nemocnici Slaný. Na závěr děkuji mé rodině za jejich podporu při studiu.

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	
1 STÁŘÍ.....	10
1.1 Definice stárnutí.....	10
1.2 Členění stáří.....	11
1.3 Rasy stárnutí.....	12
1.3.1 Fyziologické rasy stárnutí.....	13
1.3.2 Změny kognitivních funkcí.....	15
1.3.3 Psychické změny ve stáří.....	16
1.4 Sociální problematika stáří.....	17
2 VÝŽIVA.....	19
2.1 Obecné složky výživy.....	19
2.2 Faktory ovlivňující výživu ve stáří.....	21
3 POTRAVINOVÉ DOPLŇKY.....	23
3.1 Definice pojmu potravinový doplněk.....	23
3.2 Definice pojmu léčivo.....	24
3.3 Popis vybraných skupin potravinových doplňků.....	25
3.4 Možná úskalí při užívání potravinových doplňků.....	27
4 REKLAMA.....	30
VÝZKUMNÁ ČÁST	
5 VOLBA PROBLÉMU.....	32
6 CÍLE EMPIRICKÉHO ŠETŘENÍ.....	32
7 METODIKA EMPIRICKÉHO ŠETŘENÍ.....	33
8 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU.....	34
9 PRŮBĚH EMPIRICKÉHO ŠETŘENÍ.....	42
10 ZPRACOVÁNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	42

11 VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ.....	43
12 DISKUZE.....	60
13 NÁVRHY PRO PRAXI.....	62
14 ZÁVĚR.....	64
POUŽITÁ LITERATURA.....	65
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ	
SEZNAM ZKRATEK	
PŘÍLOHY	

ÚVOD

V České republice, jako i v mnoha jiných vyspělých zemích, v současné době dochází postupně k výraznému stárnutí populace. Do roku 2030 se v naší zemi předpokládá vzestup počtu seniorů o 40-80 %, očekává se prodloužení střední délky života až o 4 roky u obou pohlaví. Počet osob nad 65 roků tak bude tvořit 23-25 % populace (Čevela & Kalvach & Čeledová, 2012, s. 83). Tento jev je dán hlavně dvěma faktory. Prvním je pokles plodnosti a porodnosti, druhým je zvyšování počtu osob staršího věku, ke kterému dochází zejména v důsledku zlepšení zdravotní péče, vývoji nových léčiv, diagnostických a léčebných metod. Je zřejmé, že se kvalita péče o seniory zlepšuje, ale je nutné stále vyvíjet další snahy k zajištění důstojného stárnutí. Bohužel tato věková skupina i v dnešním světě patří do určité míry k hendikepovaným, a proto je potřeba ji dostupnými prostředky chránit, zvyšovat její informovanost a i tím zabránit zneužívání její důvěry. Je zřejmé, že se zdravotní stav nyní stárnoucích seniorů zlepšuje. Přesto je nutné věnovat se, kromě péče o zcela závislé seniory, také potřebám lidí s lehčí formou disability.

Ve své práci „Užívání potravinových doplňků seniory“ se zabývám zvoleným tématem konkrétně v Nemocnici Slaný. Toto téma jsem si vybrala na základě vlastních pracovních zkušeností na oddělení, kde se pacienti, v převážné míře senioři, dotazují, zda a jakým způsobem si mohou zlepšit zdraví a tím i kvalitu svého života. Někteří se o to snaží nejen užíváním léků předepsaných lékařem, ale i lépe dostupných volně prodejných potravinových doplňků. Zejména senioři pod neustálým vlivem masivní reklamy v televizi a ostatních sdělovacích prostředcích považují potravinové doplňky za plnohodnotné léky a mnozí jsou ochotni za tyto preparáty utratit nemalé části svých příjmů. Z pohledu běžného konzumenta někdy není snadné určit hranici mezi doplňky stravy a léčivými přípravky. Právní předpisy pro odlišení těchto dvou skupin produktů jsou dány, ale skutečnost při prezentaci v praxi je často jiná.

TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁŘÍ

1.1 Definice stárnutí

Stárnutí je proces, ve kterém se sčítají změny, k nimž dochází během celého života. Tyto změny nastávají na úrovni tělesné, funkční, psychické a sociální. Dochází ke snížené schopnosti adaptace organismu na změny prostředí, snížené funkci většiny orgánů a soustav v těle. Stárnoucímu člověku ubývá fyzických sil, klesá jeho výkonnost, zvyšuje se potřeba odpočinku a často dochází ke změně emočního ladění. Z uvedených nevyhnutelných změn vyplývá, že je potřeba těmto lidem poskytovat větší péči, pomoc a podporu. Pomoc je a vždy byla nutná nejen ve sféře sociální, ale také zdravotní. V roce 1903 byl zřejmě poprvé použit pojem gerontologie, a to nositelem Nobelovy ceny I. I. Mečnikovem. V roce 1929 vznikla v Praze z Ústavu pro nemoci stáří pravděpodobně I. geriatrická klinika pro pregraduální výuku na světě (Čevela & Kalvach & Čeledová, 2012, s. 55-56). Obor gerontologie je dělen na gerontologii experimentální, sociální, klinickou, neboli geriatrii (Haškovcová, 2010, s. 202). Experimentální gerontologie zkoumá mechanismy biologického procesu stárnutí buněk, sociální se zabývá sociálními dopady stárnutí na člověka a geriatrie je řádný lékařský obor, který se zabývá chorobami a léčením starých lidí.

Proces stárnutí je velmi individuální. I ve zralém věku můžeme najít jedince bez vážnějších postižení a chorob. Naopak je mnoho lidí středního věku, u kterých již došlo ke zhoršení zdravotního stavu vlivem různých nemocí. Stárnutí může být normální nebo patologické. Normální stárnutí je takové, ke kterému dochází vlivem plynutí času. Patologické stárnutí je způsobeno nahromaděním poškození, vznikajících v důsledku nemocí a působením faktorů prostředí, ve kterém člověk žije.

Podle definice Světové zdravotnické organizace je stařecký věk neboli senescence obdobím života, kdy se poškození fyzických a psychických sil stává manifestní při srovnání s předešlými životními obdobími (Haškovcová, 2010, s. 20). Každý člověk stárne již od svého narození. Některé buňky v těle zanikají a jsou nahrazovány nově se tvořícími. U buněk zdravých tkání je schopnost dělit se omezena, je geneticky řízena. Po určitém počtu buněčných cyklů se buňky dělit přestávají, zestárnou a podléhají buněčné

smrti - apoptóze. Tento fyziologický cyklus udržuje rovnováhu mezi buněčným růstem a smrtí buněk. Stárnutí celého organismu je tedy dáno stárnutím buněk v jednotlivých tkáních. (Otová & Mihalová & Vymlátil, 2011, s. 169). Pouze buňky nervového systému po své buněčné smrti nejsou nahrazovány novými.

Neodvratný proces stárnutí lze do určité míry zpomalit. Vše souvisí s vůlí jedince a ochotou učinit změnu ve svém dosavadním životním stylu. Prodloužení kvalitního života lze dosáhnout používáním akomodačních pomůcek (brýle, sluchátka). Tyto pomůcky usnadňují nejen komunikaci s ostatními lidmi, ale i umožňují zlepšení pohybu a orientace v okolním prostředí. Také úprava výživy a dostatek antioxidantních vitamínů, zejména vitamínu E a C, ve stravě, nebo přijatých farmakologicky, má vliv na nástup a průběh stárnutí. Podávání antioxidantních látek má však určitá omezení a někdy může při nevhodném dávkování vyvolat nežádoucí účinky. Velký podíl na oddálení změn provázejících stárnutí má úprava životního stylu. Ta spočívá zejména v omezeném příjmu kalorií a udržováním tělesné aktivity. To má za následek redukci tělesné hmotnosti, která je významnou prevencí mnoha chorob, jako je například diabetes mellitus, hypertenze nebo ateroskleróza.

1.2 Členění stáří

Stáří je poslední a konečnou časovou etapou lidského života. Můžeme ho rozdělit na stáří kalendářní, biologické a sociální. Kalendářní věk je určen datem narození, je snadno a jednoznačně stanovitelným údajem, ale nic nevypovídá o zdravotním stavu jedince a ani o míře jeho soběstačnosti. Přesto je praktickým údajem, ke kterému se váže mnoho praktických činností a sociálních opatření. Naproti tomu biologický věk odpovídá skutečnému funkčnímu stavu člověka. Není možné ho přesně stanovit, jelikož nejsou určena přesná kritéria. Tyto dva parametry hodnocení stáří spolu nemusí vždy korelovat. Subjektivní vnímání věku, související i s vnímáním úbytku či naopak dostatku sil, tedy potenciálu zdraví – je významným faktorem biologického stáří, životní prognózy a rozvoje geriatrické křehkosti. Geriatrická křehkost je popisována jako chátrání zdraví a funkčního stavu ve stáří bez jasné vazby na konkrétní indexovou nemoc (Čevela & Kalvach & Čeledová, 2012, s. 117). Sociální stáří je vymezeno souborem sociálních změn a typických životních událostí seniorského věku, jako může být odchod dětí z rodinného prostředí nebo ovdovění. Za počátek sociálního stáří se považuje odchod do důchodu,

nebo doba vzniku nároku na starobní důchod. Tím také dochází k proměně sociálních rolí ve společnosti (příloha A).

V běžném životě je obvykle za starého člověka považován takový jedinec, který dosáhl penzijního věku. I přes rozdíly v jednotlivých státech světa je jím většinou člověk okolo 65 let. Proces stárnutí neprobíhá vždy stejně plynule. Znamená to, že v určitých obdobích lidského života stárne člověk pomaleji, v jiných rychleji.

V této části práce bych chtěla ještě zmínit termíny používané ve statistických údajích týkajících se věku obyvatel. Při úvahách o délce života se užívá *naděje dožití* (též *střední délka života*). Je to naděje na dožití určitého věku s největší pravděpodobností (příloha B, příloha C). Tento údaj souvisí s územím, kde jedinec žije, životními podmínkami, úrovní medicíny a způsobem života specifickým pro danou oblast. Jedná se tedy o hypotetický údaj, který říká, kolika let by se člověk určitého věku dožil, pokud by úroveň a struktura úmrtnosti zůstala stejná, jako v daném roce. Tento údaj se liší u žen a u mužů vzhledem k odlišnosti úmrtí u obou pohlaví. V České republice byla v roce 2012 naděje dožití u mužů 75 let a u žen 80,9 let (Český statistický úřad, 2013). Pro srovnání uvádím, jak tomu bylo v minulých dobách. Ve starém Řecku a Římě se lidé zpravidla „horko těžko“ dožívali pětadvaceti let. Průměrná délka života v Evropě byla ještě v 16. století prakticky stejně nízká. Teprve v roce 1725 dosáhla 30 let a ještě v 19. století se pohybovala kolem 40 let. V roce 1940 činil průměrný věk 50 let a postupně se dramaticky zvyšoval až do dnešních dnů s tím, že se předpokládají další úspěchy (Haškovcová, 2010, s. 22). Dalším hodnoceným statistickým údajem je *průměrný věk*. Je to aritmetický průměr věku jedinců v dané populaci. Tento údaj je potřeba přesně specifikovat. Zjišťuje se například průměrný věk obyvatel při úmrtí nebo průměrný věk žijících obyvatel v České republice k určitému datu.

1.3 Rysy stárnutí

Strukturní a funkční změny, které vznikají v průběhu stárnutí, mají progredující charakter a jsou nezvratné. Můžeme je různými prostředky oddálit, ale není možné je zastavit. Tyto změny se projevují v oblasti fyziologické, psychické a v oblasti kognitivních funkcí.

U většiny seniorů často dochází ke značné variabilitě priorit. Mění se jejich zájmy, hodnoty, ale i potřeby. Velmi výstižně jsou tyto změny zřetelné z následujícího popisu.

Počínající stáří (mladí senioři, 65-74 let) – obvykle dominuje zájem o pracovní uplatnění či o čínorodé uplatnění po penzionování, o seberealizaci a participaci (pracovní uplatnění, volnočasové aktivity – věnovat se tomu, nač dříve při zaměstnání a péči o děti nebyl čas, vysoká aktivita v rodině – podpora velmi starých rodičů a dětí, péče o vnoučata, často spolková činnost). *Vlastní stáří* (staří senioři, 75-84 let) – často nastupují zdravotní problémy, narůstá potřeba rehabilitačních a rekondičních programů, zvyšuje se riziko ovdovění, činnosti spotřebují více času a energie, narůstá potřeba odpočinku, snížení zátěže i optimalizace podmínek pro různé aktivity. *Dlouhověkost* (velmi staří senioři, 85 a více let) – narůstají problémy se soběstačností, s potřebou podpory a péče, i když i v této věkové kategorii jsou mnozí lidé fit a nezávislí (Čevela & Kalvach & Čeledová, 2012, s. 28-29).

1.3.1 Fyziologické rysy stárnutí

S věkem se snižuje činnost téměř všech orgánů a systémů. S přibývajícím věkem dochází k poklesu výkonnosti orgánů, přesto je jejich činnost postačující do konce života.

Ve stáří přibývá kardiovaskulárních obtíží. Dochází ke změnám v cévním řečišti, mění se složení cévní stěny, ukládá se do ní cholesterol a vápník. Cévy ztrácí pružnost a snižuje se jejich průsvit. Senioři trpí často hypertenzí, arytmiemi, ischemickou chorobou srdeční, anginou pectoris, infarktem myokardu, nebo ischemickou chorobou dolních končetin.

Také dýchací systém s přibývajícím věkem snižuje svoji funkci. K poklesu činnosti plic dochází vlivem snížení počtu alveolů, ve kterých dochází k výměně krevních plynů, zmenšením elasticity plic, ochabováním bránice a mezižebních svalů. Kromě faktorů souvisejících s věkem ke snížení funkce také přispívá, pokud je senior aktivní kuřák. Dušnost a kašel jsou hlavními projevy, které provází plicní choroby stáří, jako je chronická obstrukční plicní nemoc či pneumonie. Hlavně pneumonie nezřídka souvisí s imobilitou, která často provází vyšší věk.

Změny ve funkci gastrointestinálního traktu se u seniorů mohou projevit ztíženou defekací, pálením žáhy, obtížným polykáním nebo bolestmi břicha, které často souvisí s žaludečními vředy. Zvláště obtížné vyprazdňování je velmi častý jev. Souvisí velmi úzce se složením stravy a dostatečnou hydratací. Na zácpě se podílí také nedostatečný pohyb střev. Problémy s polykáním mohou vést k malnutrici, ztrátě hmotnosti nebo dehydrataci.

Malnutrice je dle guidelines ESPEN 2006 stav výživy, kdy deficit, přebytek (nebo nerovnováha) energie, proteinů a ostatních nutrientů způsobuje měřitelné vedlejší účinky na tkáň nebo formu těla (tvar, velikost, složení), funkce a výsledný klinický stav. K malnutrici dochází, pokud je příjem základních energetických substrátů a bílkovin nižší, než jejich potřeba – tzn. buď při sníženém příjmu potravy a neměnných se potřebách organismu, nebo při normálním příjmu a zvýšených potřebách (Pokorná & kolektiv, 2013, s. 53).

Také infekce močových cest patří často k chorobám starších lidí. Za rizikové faktory se považuje zúžení močové trubice, ke kterému dochází věkem, tlaky zvětší způsobené nádory nebo hypertrofickou prostatou. Močový měchýř se stává méně elastickým, jeho stěny začínají ochabovat. Mnoho seniorů, hlavně žen, se rovněž potýká s inkontinencí. Ta může mít mnoho příčin, nejčastěji je způsobená oslabením pánevního svalstva. Věkem se taktéž snižuje počet nefronů a celkové množství ledvinové tkáně. Za normální situace se přesto funkce ledvin nezmění. Avšak v případě nemoci, užívání léků, operace nebo nedostatečného příjmu tekutin dojde k změně jejich činnosti.

Stárnutí je provázeno sníženou funkcí imunitního systému a tím i sníženou odolností vůči infekcím. Podvýživa, nedostatek některých mikronutrientů a proteinová malnutrice má významný vliv na funkci imunitního systému. K vysvětlení vztahu podvýživy a snížené imunity bylo prováděno několik studií, nicméně výsledky nejsou jednoznačné a tato oblast si zaslouží větší zkoumání. Některé zprávy hovoří o přínosu suplementace výše zmíněných mikronutrientů na imunitní odpověď organismu. Dle těchto studií byla suplementace spojena s nižším výskytem infekcí (Stávková, 2012, s. 15).

Změny nastávají rovněž v kosterním aparátu. Dochází k narušení látkové výměny, úbytku kostní hmoty a narušení vnitřní struktury kosti. Řídnutí kostí neboli osteoporóza je nejčastější příčinou zlomenin u starých lidí. V České republice každoročně dochází asi k 50 000 kostních zlomenin. Nejzávažnější jsou zlomeniny stehenní kosti (cca 11 000) a z nich je 90 % osob starších 65 let. Kompresivní zlomeniny obratlů se vyskytují u 20-30 % žen nad 65 let (Dientsbier, 2009, s. 82). Věkem nastává i úbytek dalších tkání jako je třeba svalová tkáň. Studie ukázaly, že úbytek draslíku u starých lidí (který je největší měrou v těle obsažen v kosterním svalstvu) souvisí právě s redukcí kosterní svalové hmoty, která se redukuje ve větší míře, než ostatní svalstvo (Sobotka & Allison, 2011, s. 544).

Kůže je orgán, kde se proces stárnutí objeví asi nejdříve. Změny jsou viditelné a jsou ukazatelem biologického věku. Dochází ke snížené elasticitě, přibývá zvrásněná kůže, ubývá počtu potních žláz, a také se snižuje obranyschopnost kůže. Rány se hojí delší

dobu a častěji hnisají. Výrazným projevem stárnoucí kůže jsou pigmentové skvrny, které jsou po celém těle, ale na první pohled jsou patrné na hřbetu ruky.

Dalším projevem stárnutí bývá úbytek zubů. Neúplný chrup, nekvalitní zubní protéza a bezzubost znamenají problémy se žvýkáním. Ztráta zubů vede k nedostatečnému rozměňování potravy a k omezenému výběru stravy. Důsledkem málo pestrého jídelníčku může být snížený příjem vlákniny, vitamínů a minerálních látek.

Všechny tyto změny v tělesném stavu seniorů hrají významnou roli v kvalitě jejich života. Typické pro seniorský věk je zhoršení mobility, vytrvalosti, koordinace a úbytek svalové síly. Často dochází k ohrožení pády, zlomeninám s následnou zhoršenou soběstačností. Někdy jsou určité zdravotní potíže starých lidí přehlíženy a jsou považovány pouze za důsledek stárnutí. A tak vznikl koncept geriatrických syndromů, který vychází ze zkušenosti, že významné příznaky (symptomy) či jejich soubory (syndromy) mají obvykle mnohočetné a různě kombinované příčiny, chronický průběh a vedou k omezování pacientovy nezávislosti. Mezi somatické syndromy patří hypomobilita, dekonvice a svalová slabost, instabilita s pády a úrazy, imobilita (imobilizační syndrom), inkontinence, poruchy příjmu potravy a poruchy termoregulace (Ondrušová 2011, s. 29). Jak již jsem zmiňovala, příčiny těchto syndromů mohou být různé, důsledky jsou však vždy podobné.

1.3.2. Změny kognitivních funkcí

Kognitivní funkce jsou poznávací, ale též vnímající a hodnotící schopnosti člověka. Konkrétně: pamatování, uvažování, rozhodování, řešení problémů atd. S přibývajícím věkem úroveň kognitivních funkcí klesá, snižuje se psychomotorické tempo a tím i rychlost zpracování informací. Je žádoucí, aby byly tyto funkce systematicky a včas posilovány, a aby k úbytku kognice docházelo jen v nezbytné míře (Haškovcová, 2012, s. 102). Kognitivní funkce mohou slábnout také vlivem onemocnění, jako je Parkinsonova nemoc, Alzheimerova choroba nebo demence.

S kvalitou kognitivních funkcí úzce souvisí i kvalita smyslových orgánů. Všechny smyslové orgány mohou být postiženy stárnutím, ale změny zraku a sluchu bývají nejvýraznější. Pokud k zhoršení zraku již nedojde dříve, téměř u všech seniorů se dostaví stařecká dalekozrakost, člověk má problém správně zaostřit. Je potřeba tuto vadu korigovat brýlemi. Ke změnám v kvalitě zraku může dojít i vlivem některých chorob jako je diabetes

mellitus, šedý nebo zelený zákal. Také sluch může u starších lidí slábnout. Mohou mít tak problém v komunikaci s okolím, a to může způsobovat i řadu problémů v oblasti psychické a sociální. Funkce zraku a sluchu může být udržována různými kompenzačními pomůckami, které mnohdy znamenají jen malé změny životního stylu.

1.3.3 Psychické změny ve stáří

Psychické změny ve stáří přichází většinou pozvolna. Povahové rysy se mění a charakteristické vlastnosti jednotlivce se zvyrazňují. U některých jedinců bývá tvrzení „Kdo byl v mládí šetrný, bývá ve stáří lakomý“ pravdivé. Vystihnout podstatné povahové rysy starého člověka není jednoduché. Každý člověk měl zcela odlišný individuální osud, byť realizovaný ve stejném společenském koloritu. Proto řada autorů pokládá za správné poznat nejprve životní dráhu starého člověka a pak teprve budovat jeho celkový psychický portrét (Ondrušová, 2011, s. 31).

S přibývajícím věkem také dochází k poruchám paměti, častější zapomnětlivosti, snížení vstřípivosti a výbavnosti. Staří lidé často vzpomínají na minulost a jsou schopni dopodrobna vyprávět zážitky třeba ze svého dětství. Naproti tomu si však mnohdy nejsou schopni vzpomenout, co dělali včera. Někdy je velmi obtížné rozpoznat, které změny v psychice seniorů jsou dané stárnutím, a které jsou způsobeny nemocí, jako je třeba Parkinsonův syndrom nebo Alzheimerova choroba.

Mezi syndromy, které se projevují změnou v psychice seniorů a jsou provázeny i poruchou kognitivních funkcí, patří demence, deprese a delirium. Demence je stav, kdy dochází k úbytku intelektových schopností jedince, narušení paměti, řeči a abstraktního myšlení. Všechny tyto změny se dotýkají nejprve složitějších aktivit v životě, později dochází i k neschopnosti zvládat základní životní úkony.

Existuje celá řada rizikových faktorů spolupodmiňujících rozvoj demence. Některé z nich jsou ovlivnitelné, jiné nikoliv. Nejvýznamnější z nich je pochopitelně zvyšující se věk. Podstatnou roli ale hrají také kouření, excesivní konzumace alkoholu, obezita, cukrovka, hypertenze, zvýšený příjem tuků, hyperhomocysteinémie, zvýšená hladina cholesterolu. U pacientů s kardiovaskulárními chorobami je pravděpodobnost rozvoje demence vyšší, stejně jako u jedinců s nižším vzděláním či trpících depresí (Raboch, 2010).

Ve starším věku jsou nejčastější příčinou demence Alzheimerova choroba způsobená atrofií mozku a s aterosklerózou související cévně podmíněné poškození mozku. Nad

65 let je demencí v České republice postiženo 5 % populace, v 75 letech 15 %, po 80 roce 30-50 % populace. Výskyt nemoci je vyšší u žen (Pokorná & kolektiv, 2013, s. 19).

Deprese je syndrom, při kterém je přítomna dlouhodobá změna nálady nebo ztráta zájmu o cokoli. Sama o sobě nesnižuje úroveň kognitivních funkcí, ale depresivní člověk je neumí využívat. Nemocný často nepozná, že trpí depresí. Svůj stav připisuje onemocnění jiného druhu jako třeba zažívacím obtížím, chronické únavě nebo bolestem hlavy. Proto je diagnostika depresí a následná léčba někdy velmi obtížná. Naštěstí v současnosti jsou již známy léky, kterými je možno tento stav pozitivně ovlivnit. Výskyt depresivity také velmi úzce souvisí s prostředím, ve kterém se senior nachází. Nejméně touto psychickou poruchou trpí lidé, kteří žijí v domácím prostředí (příloha D).

Posledním zmiňovaným syndromem je delirium. Je to poškození vědomí s poruchou pozornosti, zmateností a změnou myšlení. Vyskytuje se hlavně u osob vyššího věku, které jsou oslabené a mají sníženou adaptabilitu činnosti mozku. Od demence se liší rychlým nástupem, někdy stačí k projevům pouze několik hodin, a kolísáním míry kognitivních funkcí. Často brzy ustupuje s odezněním vyvolávající příčiny. Ta může být velmi různorodá. Od zátěže z operačního výkonu, přes záněty a horečnaté stavy až po dehydrataci. Také se může projevit vlivem různých léků, zejména opiátů. Mnohdy se různé příčiny deliria kombinují.

Jak jsem výše popsala, psychické změny ve stáří jsou patrné u každého jedince. S přibývajícím věkem dochází ke kumulaci zátěžových situací a životních krizí. Někdy i běžná událost, se stává zátěžovým faktorem a regenerace trvá delší dobu.

1.4 Sociální problematika stáří

Kvalita života seniorů je dána řadou aspektů. Materiálním zabezpečením, rodinnou situací, zdravotním stavem, sociálními kontakty, možností seberealizace, ale i dostupností zdravotní a sociální péče. Tato péče je zajišťována sociální politikou, která je věcí veřejnou a je tvořena státem. Upravuje sociální podmínky občanů tak, aby nikdo z nich nezůstal v extrémní nouzi, stará se o důstojné podmínky k životu a pomáhá překonat nepříznivé životní situace.

V průběhu lidského života dochází ke změně sociálních rolí. Jedna z nich je přeměna role rodičovské v roli prarodiče. Dalším mezníkem v lidském životě je přechod do starobního důchodu. Nastává role starobního důchodce. Dochází k zásadní změně

životního stylu, chybí struktura dne, mizí pravidelné kontakty se spolupracovníky a nastává narušení sociálních vazeb. Toto období může být provázeno poklesem životní úrovně. Každý stát má vypracovaný svůj penzijní systém. U nás má každý nárok na výplatu důchodu, pokud dosáhl potřebného věku a platil zákonem stanovené důchodové pojištění. Výše starobního důchodu je přibližně 40 % dřívějšího platu. Znamená to tedy finanční pokles, který se u některých seniorů může významně promítat do psychického stavu. I toto je důvod, proč se někteří lidé v důchodovém věku snaží stále pracovat. Zaměstnaní senioři přinášejí na trh práce své zkušenosti a jsou ekonomickým přínosem pro společnost. Tento fakt se týká v převážné většině mužů. Ženy v důchodovém věku se většinou starají o domácnost a pečují o vnoučata.

K nejtěžším okamžikům v životě staršího člověka patří ztráta životního partnera. Ovdovění může vést k pocitům osamělosti a navazování nových vztahů je velmi obtížné. Stav osamělosti velmi závisí na sociálních vztazích a na způsobu rodinného soužití. Staří lidé mívají značné obavy, aby nebyli pro rodinu a přátele zátěží. V případě, že senior již nemůže žít v domácím prostředí, je nucen přijmout umístění v nějakém ústavním zařízení. Tato skutečnost bývá pro mnoho z nich velmi psychicky náročná. V tomto prostředí se musí přizpůsobit neznámým podmínkám a navazovat nové kontakty. V situaci snížené adaptability a odolnosti, provázen zažitými zvyky a způsoby, je po příchodu do rezidenčního zařízení ohrožen ztrátou intimity, adaptačním šokem a v neposlední řadě „syndromem poslední štace“ (Ondrušová, 2011, s. 39). K nejzávažnějším problémům stáří tedy patří ztráta soběstačnosti, pocit osamělosti, jehož důsledkem je mnohdy až sociální izolace.

2 VÝŽIVA

2.1 Obecné složky výživy

Živiny jsou základní složky stravy. Rozdělujeme je na makronutrienty, které jsou zdrojem energie a mikronutrienty, které se účastní v lidském těle řady buněčných pochodů a jsou také nezbytné. Základní dělení makronutrientů je na bílkoviny, tuky, cukry. Ve zdravé dietě by měly být živiny přijímány v následujícím přibližném poměru energií: proteiny 15 %, tuky do 30 %, cukry 55 %, alkohol 0 % (ačkoli určité pozitivní účinky alkoholu například na prevenci aterosklerózy a prevenci cukrovky 2. typu jsou známy, pokud jsou malé dávky přijímány, mělo by to být nejspíše na úkor jednoduchých sacharidů), (Svačina & Müllerová & Bretšnajdrová, 2012, s. 36). Poměr těchto složek stravy u zdravého jedince by měl zhruba být 1g bílkoviny na 1 g tuků a 4 g cukrů. Mikronutrienty nazýváme vitamíny a stopové prvky. Ty se dle množství, které člověk přijme za den, rozdělují na makroelementy (příjem více než 100 mg denně), mikroelementy (příjem od 1–100 mg denně) a stopové prvky (příjem v mikrogramech denně). Mikroelementy (např. jod nebo železo) mají také značný zdravotní význam. Některé jdou však často zbytečně přidávány do potravinových doplňků (chrom, měď, selen, zinek a další). Například výskyt nádorů se někdy odůvodňuje nedostatkem selenu v půdě. Experiment, který provedly některé země helenizací půdy, však nevedl k žádným zdravotním výsledkům (Svačina & Müllerová & Bretšnajdrová, 2012, s. 45). O jednotlivých složkách výživy se ve své práci budu zmiňovat jen stručně, protože již jsou obsahem mnoha jiných prací.

Bílkoviny (proteiny) patří mezi makronutrienty a jsou složené z jednotlivých aminokyselin. Ty rozdělujeme na esenciální – tělo si je nedokáže samo vyrobit, tudíž je nutný příjem potravou a neesenciální – ty se vytváří v organismu. V lidském těle mají proteiny mnoho funkcí. Jsou základním stavebním prvkem, mají nepostradatelnou úlohu pro přepis genetické informace obsažené v DNA, plní funkci enzymů, jsou nutné pro výživu, imunitu a regulaci metabolismu. V těle nepřetržitě probíhá proteinový obrát, tedy syntéza a rozklad bílkovin. Po jejich příjmu dochází k rozkladu na aminokyseliny. Vstřebávání probíhá v tenkém střevě a dochází k vytvoření zásob pro syntézu vlastních proteinů. Při odbourávání aminokyselin vznikají látky – močovina, kyselina močová a kreatinin, které bývají vylučovány převážně ledvinami. Většina bílkovin je vychytávána

v játrech, některé v periferním řečišti, především ve svalech. Hlavním zdrojem bílkovin je maso, mléko, vejce, rýže a luštěniny.

Tuky (lipidy) mají v lidském těle stavební a zásobní funkci. Tvoří buněčné membrány, obaly nervových vláken a jsou důležitým zdrojem energie. Jejich energetická hodnota je takřka dvojnásobná než u sacharidů a proteinů. Tuky jsou také důležité pro vstřebávání některých vitamínů a podílejí se na syntéze hormonů, jsou nositeli chuťových a aromatických látek. Přibližně polovina přijímaných tuků je živočišného původu a polovina rostlinného původu. Zdrojem tuků je nejvíce maso, uzeniny, oleje, máslo, olejnatá semena. Přbytek přijaté energie tuku z potravy je ukládán do tukové tkáně v těle.

Cukry (sacharidy) můžeme rozdělit na využitelné sacharidy – monosacharidy (glukóza, fruktóza), oligosacharidy (sacharóza, laktóza, maltóza) a polysacharidy (škrob). Vláknina patří mezi nevyužitelné sacharidy. Je to rostlinná látka odolná vůči trávicím enzymům v gastrointestinálním traktu člověka. Velký význam má v prevenci kardiovaskulárních onemocnění. V oblasti prevence nádorových onemocnění, zejména kolorektálního karcinomu, však novější práce její význam zpochybňují (Hlaváčková, 2013, s. 18). Sacharidy jsou především zdrojem energie. Jsou ukládány v těle do zásoby ve formě glykogenu. Zdrojem sacharidů jsou potraviny rostlinného původu.

Vitamíny jsou složky potravy, u kterých běžně nenastává karence, pokud je jedinec zdravý. Některé vitamíny jsou rozpustné ve vodě (B, C, H) a jiné v tucích (A, D, E, K). Lidské tělo si je nedokáže, až na výjimky, vyrobit samo, proto je nutný jejich příjem potravou. K hypovitaminóze dochází zejména v rozvojových zemích vlivem nedostatečně rozmanité stravy. Při některých onemocněních, zejména onemocněních trávicího traktu, hrozí především nedostatek vitamínů rozpustných v tucích. Užívání polyvitaminózních směsí je v běžné populaci i u sportovců zbytečné. Byl dokonce prokázán vztah nadměrného příjmu multivitaminů k výskytu nádorů prostaty (Svačina & Müllerová & Bretšnajdrová, 2012, s. 46). V těle člověka mají vitamíny úlohu katalyzátorů biochemických reakcí, podílejí se na metabolismu cukrů, tuků a bílkovin.

Stopové prvky jsou další součástí lidské stravy. Zdravý jedinec přijímající naši běžnou stravu nemůže dospět do stavu nedostatku těchto prvků. Potravinové doplňky s těmito prvky proto nemají žádný smysl (Svačina & Müllerová & Bretšnajdrová, 2012, s. 46). Jsou důležité pro činnost enzymů a správný vývoj organismu. Jsou esenciální (tělo si je nedokáže samo vytvořit), proto je jejich příjem závislý na potravě. Jejich

nedostatek nebo nadbytek může způsobovat různá onemocnění. Mezi stopové prvky řadíme například železo, měď, zinek, fluor, jod a chrom.

2.2 Faktory ovlivňující výživu ve stáří

Již jsem se zmínila, že lidský život se prodlužuje. V okolí každého z nás bude přibývat jedinců, kteří se již mohou řadit mezi seniory. Je tedy nutné uvědomovat si možné poruchy výživy starých lidí.

Při procesu stárnutí se zhoršuje funkční kapacita orgánů a dochází ke změnám funkce fyziologických systémů. Klesá vstřebatelnost některých složek potravin, hůře se zadržují v organismu nebo se naopak více z těla vylučují (chrom, vápník). Postupně se zastavuje tvorba vitamínům podobnému enzymu Q 10, který sehraje klíčovou roli při tvorbě buněčné energie (Mach, 2012, s. 11). Senioři často trpí nedostatečným příjmem tekutin, nedostatkem bílkovin, ovoce, zeleniny, vitamínu C a D. Mnohdy bývá příčinou nedostatečně pestrá strava. Staří lidé jsou obzvláště citliví na onemocnění související s podvýživou. Při zdravotních problémech lehce ztrácí chuť k jídlu. To má za následek nedostatečný příjem kvalitních potravin, sníženou úspěšnost terapeutického procesu, dochází ke komplikacím při hojení ran, ke zpožděnému návratu k běžnému životu a tím i rozvoji dalších nemocí a někdy i k smrti. Také velmi záleží, v jakém prostředí se nemocný nachází a jak kvalitní péče, i stran výživy, se mu dostává. Evropský výzkum společnosti Seneca sice vykázal nízký výskyt podvýživy mezi zdravými seniory, proteinově energetická podvýživa (PEM) doprovázená nedostatkem mikronutrientů je však velkým problémem mezi seniory, kteří mají zdravotní problémy. Těžká PEM byla zjištěna u 10-38 % starších ambulantních pacientů, 5-12 % propouštěných z nemocnic a 26-65 % hospitalizovaných seniorů (Sobotka, L. & Allison, S. 2011, s. 541).

Rozvoj podvýživy je záludný a nastává často nepozorovaně. Správné stravování může ovlivnit také celá řada faktorů, které doprovázejí stárnutí. Špatný chrup, neúplný chrup, bezzubost, nebo špatně sedící zubní protéza mohou znamenat problémy se žvýkáním. Dochází tak k nedostatečnému rozmělnění stravy nebo vyhýbání se některým potravinám. Snížení sekrece slinných žláz vlivem některých užívaných léků (antidepresiva, bronchodilatancia nebo antihypertenziva) může vyvolávat pocit sucha v ústech a tím i ztížený příjem stravy.

S přibývajícím věkem, počtem chorob a počtem užívaných léčiv stoupá i výskyt nežádoucích lékových reakcí, vzájemných interakcí mezi léčivy i interakcí mezi léčivy a výživou, což se může podílet i na zhoršování nutričního stavu seniorů. Uvádí se, že ambulantní senioři užívají průměrně 4 - 6 léčiv, hospitalizovaní 5 - 8 léčiv (Stávková, 2012, s. 90).

Kvůli poškození chuti a čichu u seniorů často nastává ztráta chuti k jídlu. Také zrakový deficit může být jedním z faktorů, který může ztížit požití potravin. Fyzická slabost a invalidita snižují schopnost starých lidí se o sebe postarat. Mají problém jak s nakupováním, tak i s přípravou jídel. Důsledkem nižšího příjmu potravy je pak fyzická slabost a tím i snížená fyzická aktivita. Nedostatek cvičení nebo i nedostatek běžného pohybu, menší pohyblivost střev či nedostatek vlákniny ve stravě podporují problémy se zácpou (příloha E).

Na nevhodné stravování mohou mít vliv také psychosociální faktory. Deprese, chudoba, samota a omezení schopností jsou okolnosti, které u seniorů často nastávají a přispívají k nevhodnému stravování. Snížení finančního příjmu přechodem ze zaměstnání do důchodu hraje významnou roli ve výběru potravin při nakupování. Senioři si často pořizují zlevněné potraviny, které již mohou mít prošlé doporučené datum spotřeby a mohou být tudíž zdravotně závadné. Také stres může přispět k nechutenství, ale naopak u některých lidí vyvolá přejídání a následné zvyšování hmotnosti.

3 POTRAVINOVÉ DOPLŇKY

3.1 Definice pojmu potravinový doplněk

Potravinové doplňky jsou podle zákona č. 110/1997 Sb., o potravinách a tabákových výrobcích potraviny, jejichž účelem je doplňovat běžnou stravu a jsou koncentrovaným zdrojem vitamínů a minerálních látek nebo dalších látek s nutričním nebo fyziologickým účinkem, obsažených v potravine samostatně, nebo v kombinaci, určené k přímé spotřebě v malých odměřených množstvích. Česká vyhláška pro potravinové doplňky č. 225/2008 v harmonizované části se směrnicemi EU popisuje v přílohách seznam povolených vitamínů a minerálních látek, jejich doporučené, maximální a minimální dávky. Ve své neharmonizované části (která je v souladu s českou legislativou) jmenuje v příloze seznam povolených rostlin, které je možno v doplňcích stravy používat, popis použitelné části rostliny a maximální denní dávky. Také zahrnuje seznam ostatních povolených látek (jiné látky než rostliny a jejich extrakty, vitamíny a minerály) s udanou maximální dávkou a seznam zakázaných látek (Benešová, 2013, s. 9; Mach, 2012, s. 20-21).

Uvedení potravinových doplňků na trh nemusí být schváleno prostřednictvím SÚKL. Některé doplňky stravy (dle látek, které obsahují) musí projít registrací u SZÚ, který posoudí nezávadnost výrobku, stanoví způsob dávkování a pro koho jsou vhodné k užití. Výrobce či dovozce těchto preparátů má povinnost vůči Ministerstvu zdravotnictví ČR, kam musí před uvedením na trh zaslat ke schválení český text etikety. Přípravky určené k doplnění stravy musí splňovat veškeré požadavky na nezávadnost, které jsou kladeny na potraviny. Kontrola dodržování těchto požadavků spadá do kompetence SZPI. Doplňky stravy by měly sloužit především v rámci podpůrné léčby. Současně je třeba zmínit fakt, že jejich užívání může v některých případech změnit účinky léčiv v podobě nežádoucích účinků nebo lékových interakcí.

Potisk obalu a příbalový leták na doplňku stravy by měl povinně zákazníkovi sdělit několik základních informací, které mu pomohou v lepší orientaci při koupi a užívání. Součástí názvu musí být uvedena informace, že se jedná o potravinový doplněk a z jaké je kategorie. Dále musí být uveden obsah účinných látek a množství denní doporučené dávky těchto látek, seznam všech složek výrobku, počet jednotek (tablet, dražé atd.), doporučené denní dávkování, omezení při užívání (např. nevhodnost pro děti nebo těhotné

ženy), datum trvanlivosti a sdělení, že výrobek není určen k náhradě pestré stravy. Kontrolním orgánům a spotřebiteli za správnost a úplnost uvedených údajů dle vyhlášek zodpovídá jen výrobce. Při schvalování se nekontroluje, zda skutečný obsah složek odpovídá uvedeným údajům. Teprve v nedávné době bylo výrobcům uloženo, že povinné údaje na potravinovém doplňku musí mít určité parametry, aby byly dostatečně čitelné, viditelné a nesmazatelné. Na etiketě a obalu výrobku této kategorie *nesmí* být, dle vyhlášky, klamavě uvedeno, že má jinou charakteristiku (složení, množství) než ve skutečnosti. Také mu *nesmí* být přisuzovány zvláštní vlastnosti oproti potravinám obsahujícím stejné látky. Rovněž *nesmí* uvádět spotřebitele v omyl, že je vhodný k zmírnění a léčení zdravotní poruchy, nebo že je určen k lékařským účelům (Mach, 2012, s. 29). Výrobky tohoto druhu podléhají regulaci Evropské unie dle nařízení č. 432/2012, jejíž expertní týmy přesně stanovily, která tvrzení o zdravotních účincích při propagaci mohou být použita. Jde asi o 220 tvrzení (Fránek, 2013). „Platí přitom, že schválená zdravotní tvrzení je možné používat pouze v souvislosti s látkou, pro kterou bylo schváleno, nikoli s produktem jako takovým“ (Skálová, 2013).

Doplňky stravy mohou být pro některé spotřebitele špatně odlišitelné od volně prodejných léčivých přípravků, které si chodí kupovat do lékárny. Na volně prodejná léčiva se vztahují stejné schvalovací procesy jako na léky předepisované na recept. Díky bezpečnosti při užívání v doporučených dávkách, nemusí být jejich výdej a používání pacientem kontrolováno lékaři. Legislativní směrnice naprosto jasně definují rozdíly mezi potravinovými doplňky a volně prodejnými léky, ale široká veřejnost často mezi těmito pojmy rozdíl nevidí (Medical Tribune – kolektiv, 2012).

3.2 Definice pojmu léčivo

Posuzování a schvalování léčivých přípravků v ČR je v kompetenci Státního ústavu pro kontrolu léčiv. Pojem léčivo je definován v zákoně č. 378/2007 Sb. jako látka nebo kombinace látek, které mají léčebné nebo preventivní vlastnosti v případě onemocnění lidí a zvířat. Léčivou (účinnou) látkou se rozumí látka, která je součástí léčivého přípravku a způsobuje jeho účinek. Tyto látky lze podat za účelem obnovy, úpravy nebo ovlivnění fyziologických funkcí prostřednictvím farmakologického, imunologického nebo metabolického účinku, nebo pro stanovení lékařské diagnózy (Portál veřejné správy, 2013).

Na obalu a v příbalovém letáku léčivého přípravku musí být dle právních předpisů uvedeno registrační číslo, které mu bylo přiděleno na základě registračního řízení. Žadatel o uvedení léčivého přípravku na trh nemusí předložit výsledky předklinických a klinických hodnocení pokud může prokázat, že léčivý přípravek je generikem referenčního léčivého přípravku, a který je nebo byl registrován dle předpisů EU. Pro registraci generika nutno dodržet lhůtu minimálně 8 let od registrace originálního přípravku v EU nebo členském státě EU. S výrobou a dodáním na trh lze začít po dalších dvou letech. V případě, že přípravek není registrovaný ani generikem, musí žadatel předložit výsledky předklinických zkoušek a klinického hodnocení (Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2010). Tato pravidla se vztahují na léčiva určená pro potřeby lidí, předpisy pro uvedení léčivých přípravků pro zvířata jsou jiné a nezasahují do obsahu mé práce.

Hranice mezi potravinovým doplňkem a léčivem nemusí být jasně stanovena. Některé látky mohou zaujímat statut léčivého přípravku, ale i doplňku stravy. Mezi tyto látky patří například chondroprotektiva, nebo preparáty rostlinného původu využívané k potlačení klimakterických potíží (Slíva & Minárik, 2009, s. 11). V každém případě bychom měli užívat léčiva i potravinové doplňky, když opravdu není jiná možnost. Nejlepší prevencí onemocnění je správný výběr potravin a úprava životního stylu.

3.3 Popis vybraných skupin potravinových doplňků

Doplňky stravy, které mají suplementovat deficit některého vitamínu mohou být buď s obsahem konkrétního vitamínu, nebo mohou obsahovat provitamin, látku, z které si tělo vitamin vyrobí samo. Příkladem je příjem provitaminu beta-karotenu, z kterého si tělo vytvoří vitamin A. Jelikož je vitamin A rozpustný pouze v tucích, mohli bychom se jím předávkovat nebo by nám mohl naopak chybět při nízkotučných dietách. Pokud jeho nedostatek budeme suplementovat beta-karotenem, tělo si z něj vytvoří jen takové množství vitamínu A, které potřebuje. Zbytek karotenu se vyloučí stolicí.

Mezi minerální látky, které lze přijímat pomocí potravinových doplňků, patří vápník, jód, sodík, draslík, selen, zinek, chrom a další. Je nutné znát doporučené denní dávkování těchto látek a vyvarovat se neuváženě vysokým dávkám. Při velkém příjmu minerálů, nebo současným užíváním z více zdrojů najednou, hrozí riziko předávkování a s ním spojené zdravotní komplikace. Je třeba zvážit, zda je potřeba tělu minerální látky dodávat formou doplňků stravy. Několik studií z nedávné doby poukázalo na 86 % větší

pravděpodobnost vzniku infarktu myokardu při pravidelném užívání vápníku formou potravinového doplňku. Stejně množství tohoto minerálu přijatého stravou toto riziko nemá. Vědci se domnívají, že náhlé zvýšení hladiny vápníku v krvi, které se dostaví při pravidelné suplementaci tohoto minerálu, může mít nepříznivé účinky na endotel tepen (Kulze, 2012).

Příjem antioxidantů (např. vitamin C, zinek, koenzym Q 10) má zmírnit působení volných radikálů, které vznikají z vnitřních metabolických procesů nebo působením stresorů životního prostředí. Volné radikály a antioxidanty by měly být v rovnováze. Nej přirozenějším důsledkem působení volných radikálů je proces stárnutí. Mají devastační vliv na svalové buňky, oslabují imunitu organismu a je jim připisována celá řada chorob jako je ateroskleróza, rakovina, mozková mrtvice a další. Jako jeden z neúčinnějších antioxidantů je udáván koenzym Q 10, který snižuje usazování LDL-cholesterolu v cévách, zlepšuje obranyschopnost a podporuje regeneraci svalstva. Můžeme ho získat z části v hotové formě ze stravy, ale větší část si tělo musí vyrobit v jaterních buňkách z nižších forem koenzymu, který je obsažen hlavně v rostlinné stravě. Při zvýšené potřebě organismu je vhodná suplementace potravinovým doplňkem (Mach, 2012, s. 78-83).

Rostlinné extrakty se vyrábějí ve formě standardizovaných výtažků. Produkt je standardizován na obsah aktivní látky v procentech. Mezi rostlinné extrakty vyráběné za účelem doplnění běžné stravy patří například ginkgo biloba, ženšen a vláknina.

Doplňky stravy na hubnutí jsou spotřebiteli hojně užívány. I když je jejich účinek většinou diskutabilní, lidé jsou ochotni za ně utratit i větší obnos. Pomáhají psychicky často více než fyzicky. Kromě faktického účinku, podpory spalování tukové tkáně, mohou mít tudíž i placebo efekt. Pokud se tedy k užívanému přípravku přidá ještě redukční dieta, může se dostavit očekávaný efekt. Není však možno, při redukci váhy, spoléhat pouze na potravinové doplňky. Změna způsobu stravování a životního stylu je základem boje s nadváhou. Mezi přípravky podporující snižování hmotnosti řadíme produkty s obsahem karnitinu, konjugované kyseliny linolové nebo chromu.

Další skupinou jsou doplňky stravy prospívající činnosti mozku. Některé by měly chránit mozek před působením volných radikálů (acetyl-L-karnitin), jiné podporovat mozkovou činnost (vitamin E), zlepšovat duševní kondici a paměť (ginkgo biloba). Jiné zlepšují cirkulaci krve a tím i zlepšují okysličení mozku.

Problémy s klouby postihují starší generaci velmi často. Proto potravinové doplňky s obsahem například želatiny, glukosaminu, extraktu z boswellie, kyseliny hyaluronové

mají mnoho příznivců. Pozitivní účinek některých těchto účinných látek je dokázán i v různých studiích.

V průběhu 30 dnů užívaly pokusné osoby s projevy osteoartritidy 1500 mg glukosaminsulfátu denně. Symptomy této choroby za dobu podání ustoupily o 72 % (placebo jen o 36 %) a již za 7 dní od zahájení této studie pocítili pacienti zlepšení, které se v průběhu dalších 7 až 14 dní dále prohlubovalo (Mach, 2012, s. 108).

Potravinové doplňky s probiotiky pomáhají k obnově trávicího systému, podporují růst a obrannou aktivu střevní mikroflóry, naopak potlačují rozmnožování škodlivých mikroorganismů. V kombinaci s vlákninou přispívají k redukci hladiny cholesterolu v krvi. Při léčbě antibiotiky se ničí střevní kultury, proto je vhodné současně užívat probiotika k revitalizaci střevní flóry.

Velmi pozitivní vliv na snížení hladiny triacylglycerolů, prevenci ischemické choroby srdeční, aterosklerózy, redukce nadměrné krevní srážlivosti a ještě mnoho dalších příznivých účinků mají n-3 nenasycené mastné kyseliny. Jejich největší obsah byl prokázán v tuku mořských ryb. Při jejich dostatečné konzumaci je potřeba těchto kyselin pokryta. Vzhledem k poloze našeho státu a ke stravovacím zvyklostem je konzumace mořských ryb v České republice nízká. Proto je při zdravotních potížích vhodná suplementace těchto kyselin prostřednictvím doplňků stravy.

3.4 Možná úskalí při užívání potravinových doplňků

Působení preparátů určených k léčbě a stejně tak potravinových doplňků se zkoumá pomocí klinických studií. Studie kontrolovaná placebem je založena na skutečném podávání účinné látky skupině lidí a druhá skupina dostává neúčinnou náhražku. Na stav lidského těla působí i vědomí a podvědomí. Jestliže užití nějakého preparátu uvede do činnosti vědomí, které spoléhá na příznivý účinek jejího působení, dostaví se placebo efekt. Účinek díky lidskému vědomí může být jiný u psychicky labilního, úzkostného pacienta, naopak při velkém očekávání zlepšení nebo při doporučení věhlasným odborníkem se může dostavit po podání stejného přípravku rychlé zlepšení. Ve studiích určených k zjištění účinku doplňků stravy a léků se používá dvojité slepé randomizovaná studie. Znamená to, že pacienti ani lékaři nevědí, kdo z nich bere účinnou látku a kdo placebo. Za účinný preparát je tedy považován ten, který prokázal svůj účinek právě

ve srovnání s placebem. U potravinových doplňků nejsou klinické studie povinné. Některé mohou být doprovázeny pouze atesty, které nezaštiťují jejich účinnost, pouze vypovídají o jejich zdravotní nezávadnosti.

V současné době si každý člověk může vyhledat požadované informace, týkající se potravinových doplňků, v mnoha zdrojích. Ne vždy jsou získané informace totožné. Zmíním se o účinnosti přípravku z prvního mléka tura domácího, zvaného bovinní kolostrum, které obsahuje imunologicky aktivní látky. Bylo provedeno několik prací, které se zkoumaly příznivý efekt tohoto mléka na zmírnění projevů alergie. Je nabízeno v lékárnách jako doplněk stravy ve formě tekuté nebo v kapslích. Příznivý efekt při zmírnění projevu alergie však prokázán zatím nebyl. U zdravých dobrovolníků také po podání nedošlo ke zvýšení sledovaných imunologických parametrů (Bělohlávková, S, 2011, s. 224). Naopak v jiných materiálech je uváděn výrazně nižší výskyt chřipky, v porovnání s kontrolní skupinou, po dvouměsíčním profylaktickém podávání kolostra per os. Současně je popsán nižší výskyt komplikací či důvodů k hospitalizaci u pacientů s kardiovaskulárním rizikem (Slíva, J & Minárik, J, 2009, s. 44). Také výsledky klinických studií týkajících se účinku extraktů z ginkga biloby zaměřených na léčbu Alzheimerovy demence a na ovlivnění kognitivních funkcí jsou rozporuplné. Například v jedné studii byl prokázán velmi dobrý efekt po podávání extraktů z ginkga u 395 pacientů jak s vaskulární, tak Alzheimerovy demence. Po 22 týdnech podávání došlo k zlepšení kognitivních funkcí, po podávání placebo nastalo jejich zřejmé zhoršení. V jiné zveřejněné studii nebyl prokázán příznivý efekt na pokles kognitivních funkcí po šestiletém podávání tohoto extraktu u početné skupiny starších lidí. „Taktéž nedávno uveřejněná Cochranovská analýza konstatuje, že zatím není dostatek důkazů, které by prokázaly, že ginkgo biloba je účinným preparátem v léčbě demencí a kognitivních poruch (Raboch, 2010)“. Použití tohoto rostlinného extraktu na zlepšení paměti a jeho osvědčené účinky při léčbě Alzheimerovy choroby udává ve své knize Mach (2012, s. 86).

Dalším úskalím při užívání potravinových doplňků může být neshoda mezi dávkováním, které doporučuje výrobce a tím, které doporučují odborníci. Vráťím se opět k již zmíněnému extraktu z ginkga biloby. Výrobce doplňku stravy nabízí tento extrakt v tabletách, přičemž 1 tableta obsahuje 40 mg účinné látky. Doporučené dávkování je 1 tableta denně (prozdravi.cz, 2013). Ve svém článku Raboch (2010) doporučuje užívání 80-240 mg extraktu za den. Předpokládáme-li příznivý účinek tohoto potravinového doplňku, tak při užívání dávky dle doporučení výrobce by se zřejmě nedošlo ke zlepšení stavu.

Výrobci doplňků stravy nemají ze zákona nařízeno uvádět na příbalových letácích možné interakce s jinými léky na rozdíl od léčiv, kde varování uvedeno být musí. Nejsou povinni také upozorňovat na nežádoucí účinky, které mohou nastat při kombinaci doplňku stravy s určitou lékovou skupinou.

Například v potravních doplncích s výtažky z grepových semínek jsou flavonoidy, které se nesmějí kombinovat s léky na cholesterol. Snižují účinek léku a ve vzácných případech hrozí pacientovi rozpad svalové tkáně. Problém může nastat například také při užívání třezalky - omezuje účinnost antikoncepce. (Myslivcová, 2013).

Mnoho lidí v rámci orální antikoagulační léčby užívá warfarin. Na jeho účinek má velký vliv aktuální klinický stav, další užívané léky, složení stravy včetně případných potravinových doplňků. A právě o možném ovlivnění účinku warfarinu doplňky stravy ví jen velmi málo lidí. Požití většího množství brusinek nebo výrobků, kde je velký obsah brusinkové šťávy, zvyšuje INR ne zcela jasným mechanismem. Snižovat INR neznámým mechanismem může také ženšen nebo vypití většího množství sojového mléka. Probíhají diskuse o ovlivnění warfarinizace pacienta působením koenzymu Q 10, který je chemicky podobný vitamínu K. Vliv některých látek na účinek warfarinu byl tedy prokázán a jejich současné podávání kontraindikováno, u jiných se ovlivnění pouze předpokládá a při jejich podávání je potřeba zvýšený dohled. „Více než třetina dotázaných pacientů uvádí, že s nimi nebyly probrány možné interakce potravinových doplňků s warfarinem, řada z nich ani neví, že se o potravinové doplňky jedná“ (Matýšková, 2010, s. 90).

Na trhu s potravinovými doplňky se mohou objevovat výrobky, u kterých může být následnými kontrolami zjištěna neshoda mezi deklarovaným a skutečným obsahem účinné látky, nebo přítomnost cizorodých látek. Nižší než je uváděný obsah účinných látek je možné považovat za klamání spotřebitele. Přítomnost cizorodých látek však může mít vliv na zdravotní stav. „Například letos našli kontroloři v potravinovém doplňku Stacker 2 Thermodrene potencionálně nebezpečnou látku 1,3-dimethylamylamin neboli geranamin. V některých případech může končit i smrtí“ (Fránek, 2013). Výrobci doplňků stravy nejsou vázáni schváleným výrobním postupem a mohou tak výrobu kdykoli pozměnit. Veškerá kontrola u těchto výrobků tak probíhá až po uvedení na trh. Je tedy lépe pořizovat si potravinové doplňky od renomovaných výrobců, kteří se snaží při výrobě implementovat vlastní validované kontrolní mechanismy (Végh, 2012).

4 REKLAMA

V současném moderním světě dochází k masivnímu šíření informací. Jedním z prostředků, kterým se dozvídáme rozličná sdělení, je reklama. Za zajímavou cílovou skupinu jsou tvůrci reklam a lidmi zabývajících se marketingem pokládáni právě senioři. V případě reklamy na potravinové doplňky je tento fakt obzvlášť zřetelný. Senioři se díky své křehkosti stávají lehce ovladatelní a snáze podléhají všudypřítomným doporučením nabádajícím ke koupi preparátů, které by mohly zlepšit jejich zdravotní stav.

Jelikož je v naší zemi vytvořeno konkurenční prostředí a hlavním cílem reklamy je ovlivnit spotřebitele při koupi výrobků, některé firmy se v rámci úspěšného prodeje nezdráhají použít způsob reklamy, který není v souladu s platnými právními předpisy a nařízeními. S postupem času se reklamní činnost rozvíjí, a s tímto trendem dochází i k rozvoji regulačních opatření tohoto odvětví. Stěžejním právním předpisem zabývajícím se usměrňování tohoto způsobu propagace je zákon č. 40/1995 Sb., o regulaci reklamy a o změně a doplnění zákona č. 468/1991 Sb., o provozování rozhlasového a televizního vysílání, ve znění pozdějších předpisů. Z důvodu velké oblasti regulace reklamy na léčiva a doplňky stravy, je dozor nad reklamou na tyto výrobky rozdělen mezi jednotlivé dozorové orgány. Nad reklamou šířenou v rozhlasu a televizi dohlíží Rada pro rozhlasové a televizní vysílání, SÚKL dozoruje nad reklamou na humánní léčivé přípravky kromě reklamy v TV a rozhlasu. Dalším dozorujícím orgánem je Ministerstvo zdravotnictví, které dohlíží na reklamu propagující zdravotní péči, Státní rostlinolékařská správa vykonává dozor nad preparáty na ochranu rostlin a reklamu na veterinární přípravky dozoruje Ústav pro státní kontrolu veterinárních biopreparátů (Jiroušová, 2013, s. 14).

Dozor nad dodržováním právních předpisů v oblasti doplňků stravy byl dosud v kompetenci krajských živnostenských úřadů a RRTV. Do budoucna se v rámci novely o regulaci reklamy uvažuje o přesunu kompetence na SÚKL. Navrhuje se, aby minimální výše pokuty vzrostla z 2 na 6 milionů Kč (Skálová, 2013).

Jedním z nedovolených způsobů, jak přimět zákazníka ke koupi konkrétního výrobku, je klamavá reklama. Tento způsob konkurenčního boje je zakázaný. Principem při klamavé reklamě na potravinové doplňky je uvedení zákazníka v omyl a snaha vyvolat u něj mylnou představu o účincích výrobku. Spotřebitel tak může získat dojem, že doplněk stravy má vlastnosti léčiva jako je prevence, zmírnění, léčba nemocí. Přisuzování nebo

naznačování těchto vlastností bývá důvodem k udělení pokut. Například RRTV udělila pokutu 100 000 Kč společnosti HERBACOS-BOFARMA, s. r. o. za reklamu odvysílanou v TV na přípravek Lipovitan. V reklamě bylo užito doporučení „užívat při problémech s játry“. Takto prezentovaná reklama naznačuje vlastnosti vyléčení, či léčby zdravotních potíží tohoto druhu a tudíž je zakázaná (Jiroušová, 2013, s. 17). Také nesmí být na výrobku užitá reklamní tvrzení přesvědčující o jedinečnosti výrobku na úkor jiných preparátů. Dalším důvodem k uložení pokuty výrobcí nebo distributorovi je odkazování na nekonkrétní klinické studie nebo studie, které nejsou zpracovány relevantním vědeckým pracovištěm a obvyklými metodami.

Díky stoupajícím případům nekorektní informovanosti pacientů v oblasti užití potravinových doplňků, také díky potřebě chránit oprávněné zájmy a práva spotřebitelů vzniklo občanské sdružení OBRAN. Toto sdružení chce odhalovat podávání nepravdivých informací spotřebitelům ze strany distributora, výrobce, ale i lékařem, v lékárnách, včetně internetových obchodů. Cílem je dosáhnout stavu, kdy budou k doplňkům stravy podávány pouze korektní a seriózní informace. Na svých stránkách uvádí konkrétní příklady z praxe, nabízí možnost využít i elektronickou právní poradnu (Odborná redakce Edukafarm, 2012).

VÝZKUMNÁ ČÁST

5 VOLBA PROBLÉMU

Téma mé bakalářské práce „Užívání potravinových doplňků seniory“ jsem zvolila na základě vlastních zkušeností z praxe. Pracuji v nemocnici na lůžkovém oddělení, kde převážnou část klientů tvoří právě senioři. Při každodenním kontaktu s touto věkovou skupinou se často setkávám s kritickými názory na neustálé zvyšování nákladů na bydlení, potraviny a léky. Někteří senioři si ztěžují na jejich stále se zhoršující životní úroveň díky nízkým důchodům, aniž by se zamysleli nad tím, zda své finanční prostředky vydávají účelně. Proto je překvapivé, že právě senioři jsou častými uživateli potravinových doplňků i přes skutečnost, že si tyto produkty musí hradit sami. Z tohoto důvodu se ve své práci zaměřuji na ekonomické zatížení seniorů při pořizování doplňků stravy. Dále mě zajímalo, zda jsou při nákupu těchto preparátů ovlivněni reklamou a ve kterém médiu je reklama nejvíce oslovuje.

6 CÍLE EMPIRICKÉHO ŠETŘENÍ

V souvislosti s empirickým šetřením jsem stanovila následující cíle.

HLAVNÍ CÍL: Zjistit, zda senioři užívají potravinové doplňky.

DÍLČÍ CÍLE:

- 1) Zjistit ekonomické zatížení rozpočtu seniorů při pořizování těchto preparátů.
- 2) Zjistit, zda jsou senioři ovlivněni reklamou na potravinové doplňky.

7 METODIKA EMPIRICKÉHO ŠETŘENÍ

Výzkum byl zaměřen na zjištění míry užívání potravinových doplňků seniory. Pro shromáždění potřebných údajů jsem zvolila metodu kvantitativního výzkumu. Kvantitativní výzkum je metoda standardizovaného výzkumu, která popisuje zkoumanou skutečnost pomocí proměnných (znaků), které lze vyjádřit čísly. Ta mohou vznikat buď měřením, nebo častěji škálováním samotnými respondenty (např. od 1 do 10). Výsledky jsou pak zpracovány - obvykle pomocí statistických metod - a nakonec interpretovány. Jedním ze způsobů sběru dat pro kvantitativní výzkum je dotazníkové šetření. Dotazník je jedním z nejběžnějších nástrojů pro sběr dat. Skládá se z několika otázek, jejichž cílem je získat fakta a názory od respondentů. Ve své práci jsem k získání nezbytných dat použila formu anonymního dotazníku, který obsahoval 14 otázek, kterým jsem nasbírala potřebné informace k zjištění cílů mé práce. Při sestavování dotazníku jsem volila 4 otázky demografické (otázka číslo 1, 2, 3, 4), 3 otevřené (otázka číslo 7, 12, 14), 2 uzavřené (otázka číslo 5, 8), 2 filtrační (otázka 10, 6), 2 škálové (otázka číslo 13, 9) a 1 výčtovou (otázka číslo 11). Mojí snahou bylo otázky formulovat jednoduše a srozumitelně, jelikož cílovou skupinou mého výzkumu byli senioři od 65 let a předpokládala jsem, že se empirického šetření zúčastní i senioři starší. Výhodou lokalizace prováděného výzkumu bylo, díky probíhající hospitalizaci, poskytnutí dostatečného množství času na vyplňování dotazníku. Součástí dotazníku byly průvodní informace, které seznámily respondenty s účelem dotazníku a stručný návod, jak postupovat při vyplňování. Při vyhodnocování jednotlivých položek dotazníku je relativní četnost, vyjádřená v procentech, zaokrouhlena na dvě desetinná místa, takže jejich prostý součet nemusí vždy odpovídat 100 %. Při zaokrouhlování bylo použito matematické pravidlo, že pokud číslo končí na 0, 1, 2, 3 a 4 je zaokrouhlováno dolů, pokud končí na 5, 6, 7, 8 a 9 je zaokrouhlováno nahoru.

8 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU

Cílovou skupinou respondentů byli senioři hospitalizovaní v Nemocnici Slaný na oddělení ortopedickém, chirurgickém a interním. Výzkum probíhal od 01. 12. 2013 do 28. 02. 2014. Účastníci empirického šetření byli vybráni náhodně s přihlédnutím na jejich aktuální zdravotní stav.

Zkoumaný vzorek charakterizují v dotazníkovém šetření otázky 1-4. Podrobná charakteristika je zobrazena v následujících tabulkách a grafech.

Vyhodnocení položky č. 1

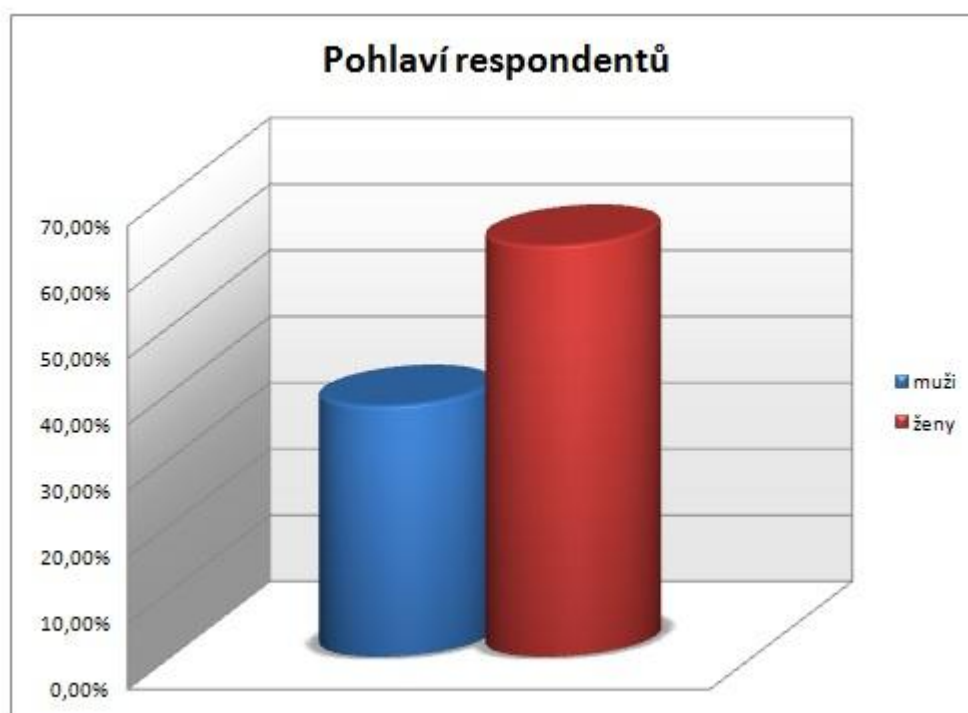
Otázka č. 1: **Pohlaví?** A) žena, B) muž

Tabulka č. 1 - Pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů

	(celkem)	(%)
Ženy	59	62,11 %
Muži	36	37,89 %
Cekem	95	100 %

Graf č. 1 - Pohlaví respondentů



Výzkumu se zúčastnilo 95 seniorů. Více dotazníků vyplnily ženy, bylo jich 59, mužů bylo 36. V prvním případě to bylo z hlediska procentuálního zastoupení 62,11 %, u mužů 37, 89 %. Složení spolupracujících seniorů dle pohlaví se odvíjelo od skladby hospitalizovaných pacientů v době probíhajícího výzkumného šetření.

Vyhodnocení položky č. 2

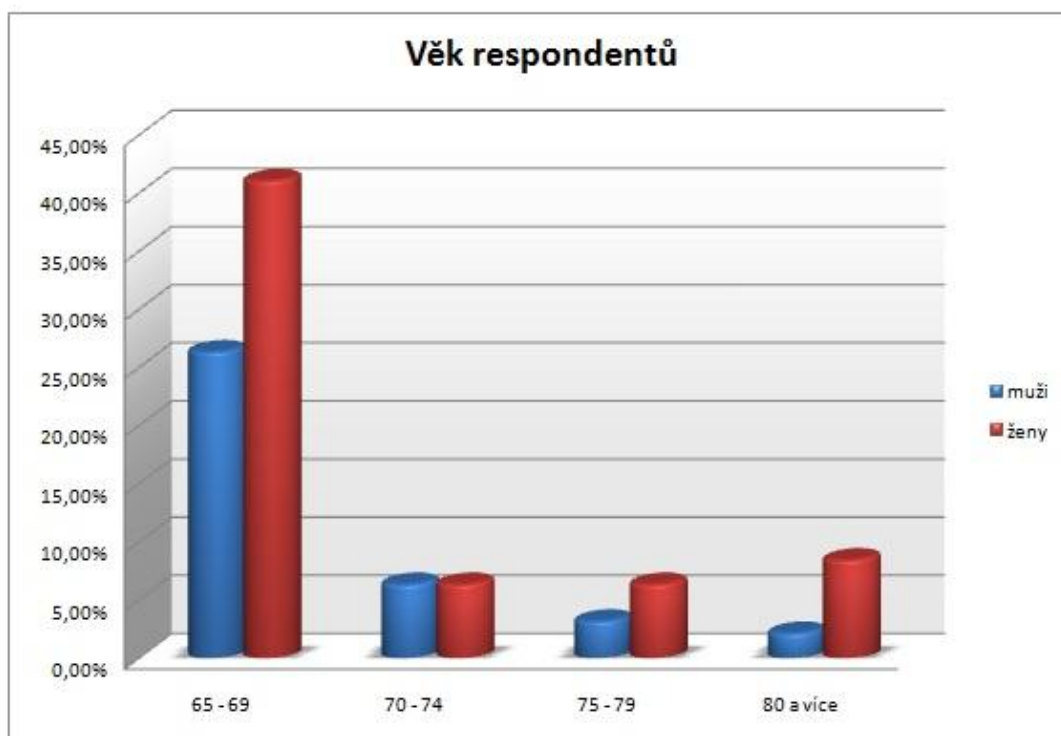
Otázka č. 2: **Věk?** A) 65-69, B) 70-74, C) 75-79 D) 80 a více

Tabulka č. 2 - Věk respondentů

Věk respondentů

	Ženy	Ženy (%)	Muži	Muži (%)	Celkem	Celkem (%)
65 - 69	39	41,05 %	25	26,32 %	64	67,37 %
70 - 74	6	6,32 %	6	6,32 %	12	12,63 %
75 - 79	6	6,32 %	3	3,16 %	9	9,47 %
80 a více	8	8,42 %	2	2,11 %	10	10,53 %
Celkem					95	100 %

Graf č. 2 - Věk respondentů



Senioři ve věkové kategorii 65-69 let byli nejvíce ochotni a schopni odpovídat na otázky uvedené v dotazníku. Tento fakt byl dán i jejich zdravotním a psychickým

stavem. V této věkové kategorii jich odpovídalo 64, což je 67,37 % z celkového počtu zúčastněných. Z toho bylo 39 žen (41,05 %) a 25 mužů (26,32 %). Méně početnou skupinou byli pacienti ve věkovém rozmezí 70-74 let. Odpovídalo 12 respondentů, což je 12,63 % ze všech odpovídajících seniorů. Z toho bylo 6 žen (6,32 %) a 6 mužů (6,32 %). Věková skupina 75-79 let měla nejméně zástupců. Bylo jich 9, což bylo 9,47 % ze všech zúčastněných. Z toho bylo 6 žen (6,32 %) a 3 muži (3,16 %). 8 žen odpovídalo v nejstarší věkové kategorii (8,42 %) a 2 muži (2,11 %), z celkového počtu 10, což je 10, 53 % ze všech účastníků empirického šetření.

Vyhodnocení položky č. 3

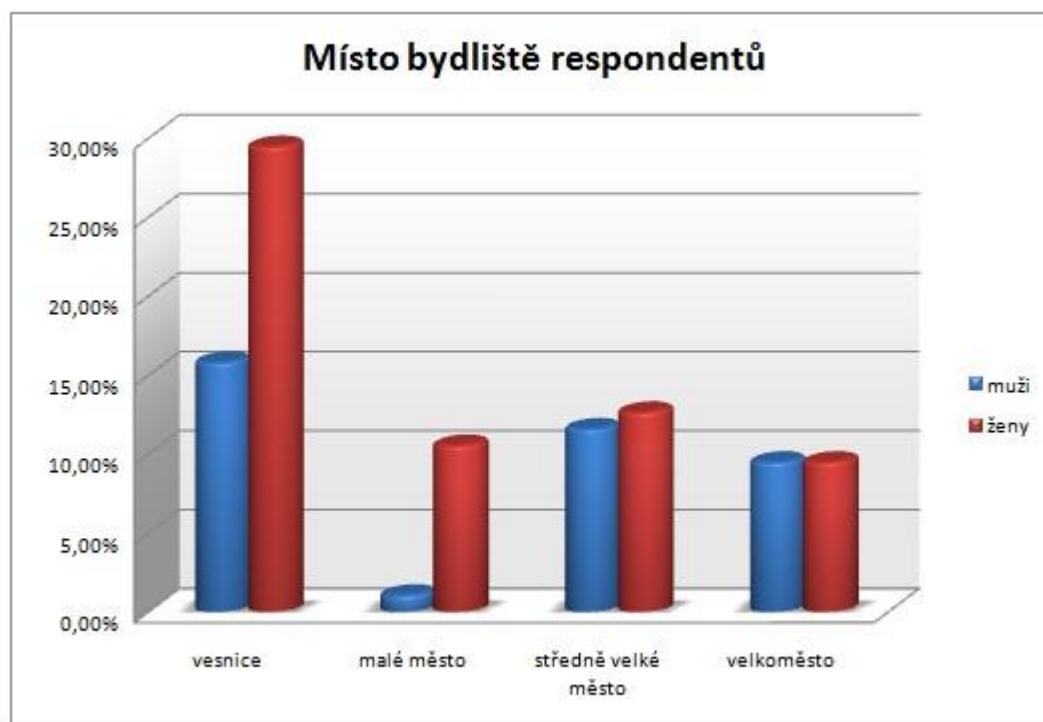
Otázka č. 3: **Místo bydliště?** A) vesnice, B) malé město (do 10 000 obyvatel), C) středně velké město, D) velkoměsto

Tabulka č. 3 - Místo bydliště respondentů

Místo bydliště respondentů

	Ženy	Ženy (%)	Muži	Muži (%)	Celkem	Celkem (%)
Vesnice	28	29,47 %	15	15,79 %	43	45,26 %
Malé město	10	10,53 %	1	1,05 %	11	11,58 %
Středně velké město	12	12,63 %	11	11,58 %	23	24,21 %
Velkoměsto	9	9,47 %	9	9,47 %	18	18,95 %
Celkem					95	100 %

Graf č. 3 - Místo bydliště respondentů



Hodnocení probíhalo také z odpovědí 95 respondentů. Z uvedených údajů největší část respondentů bydlí na vesnici a to 43, což je 45,26 % ze všech dotazovaných, z toho je 28 žen (29,47 %) a 15 mužů (15,79 %). 23 bydlí ve středně velkém městě (24,21 %),

žen 12 (12,63 %) a mužů 11 (11,58 %). Velkoměsto uvedlo 18 seniorů (18,95 %), z tohoto počtu bylo 9 žen (9,47 %) a 9 mužů (9,47 %). Nejméně účastníků empirického šetření bydlí v malém městě a to 11 (11,58 %), z toho 10 žen (10,53 %) a 1 muž (1,05 %).

Vyhodnocení položky č. 4

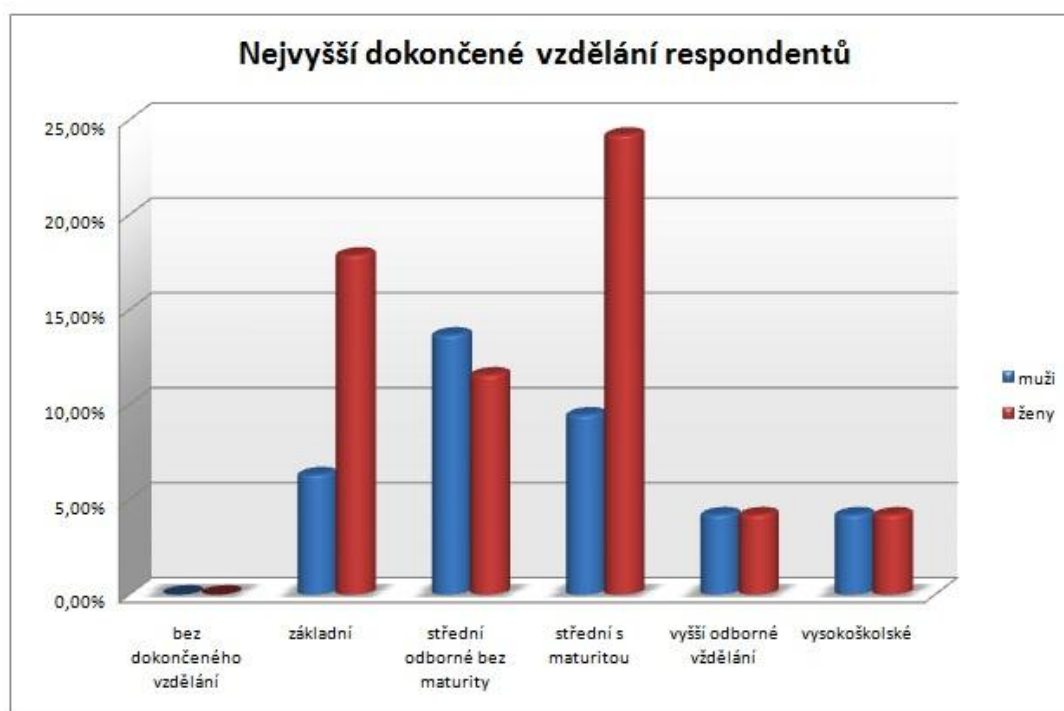
Otázka č. 4: **Nejvyšší dokončené vzdělání?** A) bez dokončeného základního vzdělání, B) základní vzdělání, C) střední odborné bez maturity, D) střední s maturitou, E) vyšší odborné vzdělání, F) vysokoškolské

Tabulka č. 4 - Nejvyšší dokončené vzdělání respondentů

Nejvyšší dokončené vzdělání respondentů

	Ženy	Ženy (%)	Muži	Muži (%)	Celkem	Celkem (%)
Bez dokončeného zákl. vzdělání	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Základní	17	17,89 %	6	6,32 %	23	24,21 %
Střední odborné bez maturity	11	11,58 %	13	13,68 %	24	25,26 %
Střední s maturitou	23	24,21 %	9	9,47 %	32	33,68 %
Vyšší odborné vzdělání	4	4,21 %	4	4,21 %	8	8,42 %
Vysokoškolské	4	4,21 %	4	4,21 %	8	8,42 %
Celkem					95	100 %

Graf č. 4 - Nejvyšší dokončené vzdělání respondentů



Možnost A) z této otázky žádný z 95 odpovídajících respondentů neuvedl. Nevím, do jaké míry mohl sehrát roli stud nebo zda opravdu všichni dotazovaní dosáhli minimálně základního vzdělání. Musím spoléhat na pravdivost všech uvedených odpovědí. Pokud budu hodnotit obě pohlaví dohromady, tak největší počet respondentů dosáhlo středního vzdělání s maturitou, a to 32, což je 33, 68 % z celkového počtu dotazovaných. Toto vzdělání uvedlo 23 žen (24,21 %) a 9 mužů (9,47 %). Dále 24 seniorů uvedlo střední odborné vzdělání bez maturity (25,26 %), 11 žen (11,58 %) a 13 mužů (13,68 %). Základní vzdělání zaškrtnulo 23 dotazovaných (24,21 %), 17 žen (17,89 %) a 6 mužů (6,32 %). Počet 8 uvedlo vyšší odborné (8,42 %) a 8 vysokoškolské vzdělání (8,42 %). V obou těchto variantách nejvyššího dokončeného vzdělání jsou zastoupeny 4 ženy (4,21 %) a 4 muži (4,21 %).

Zkoumaný vzorek tedy tvořilo 95 seniorů, z toho bylo 59 žen a 36 mužů. Respondenti byli nejčastěji ve věkové skupině 65–69 let, a to v počtu 64. Největší část seniorů účastnících se výzkumu bydlí na vesnici (43 respondentů) a nejčastěji udávané vzdělání bylo střední s maturitou, a to u 32 respondentů.

9 PRŮBĚH EMPIRICKÉHO ŠETŘENÍ

Empirické šetření probíhalo od začátku prosince 2013 do konce února 2014 v Nemocnici Slaný, tedy 3 měsíce. Před začátkem distribuce dotazníků jsem napsala žádost o provedení výzkumného šetření, která byla poté schválena ředitelem nemocnice MUDr. Jiřím Šimákem. V první řadě jsem si stanovila, na kterých odděleních by měl výzkum probíhat. Vzhledem k tomu, že se moje práce vztahuje na seniory od 65 let, zvolila jsem oddělení chirurgické, ortopedické a interní. Z vlastní praxe vím, že zastoupení seniorů je na těchto odděleních značné. Empirické šetření probíhalo formou kvantitativního výzkumu, realizovaného pomocí dotazníku. Otázky jsem se snažila formulovat srozumitelně a jednoduše vzhledem k věku potencionálních respondentů. Při žádosti o vyplnění dotazníku jsem vždy zohledňovala aktuální zdravotní stav pacienta. Zdůraznila jsem anonymitu dotazníku a požádala o udání pravdivých údajů. Všichni respondenti byli hospitalizováni na lůžkových odděleních, tudíž měli dostatek času zpracování. Celkem bylo distribuováno 100 dotazníků, ale při zpracování jsem musela 5 vyřadit z důvodu nedostatečného vyplnění. Použitých bylo 95 dotazníků, tedy 95 % z celkového počtu 100 distribuovaných.

10 ZPRACOVÁNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Získané údaje z empirického šetření jsem zpracovala do tabulek, poté zanesla do přehledných grafů a vše ještě doplnila následným komentářem. Jednotlivá data byla vyjádřena absolutní a relativní četností. Relativní četnost je vyjádřena v procentech a zaokrouhlena na dvě desetinná místa, takže jejich součet vždy nemusí odpovídat 100 %.

Relativní četnost byla stanovena na základě výpočtu:

$$f_i = n_i/N$$

f_i – relativní četnost (vyjádřena v %)

n_i – absolutní četnost

N – celková četnost, celkem

Pro tvorbu tabulek a grafů jsem použila Microsoft Office Word a Microsoft Office Excel.

11 VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ

Vyhodnocení položky č. 5

Otázka č. 5: **Víte, co je to potravinový doplněk?** A) ano vím, B) ne, nevím

Tabulka č. 5 - Znalost termínu potravinový doplněk

Znalost termínu potravinový doplněk

	Ženy	Ženy (%)	Muži	Muži (%)	Celkem	Celkem (%)
Ano, vím	57	60 %	34	35,79 %	91	95,79 %
Ne, nevím	2	2,11 %	2	2,11 %	4	4,21 %
Celkem					95	100 %

Graf č. 5 - Znalost termínu potravinový doplněk



Znalost termínu potravinový doplněk potvrdilo 91 seniorů, což je 95,79 % z celkového počtu 95 dotazovaných. Žen z toho bylo 57 (60 %), mužů 3 (35,79 %). Neznalost uvedli 4 respondenti (4,21 %). Z toho byly 2 ženy (2,11 %) a 2 muži (2,11 %).

Vyhodnocení položky č. 6

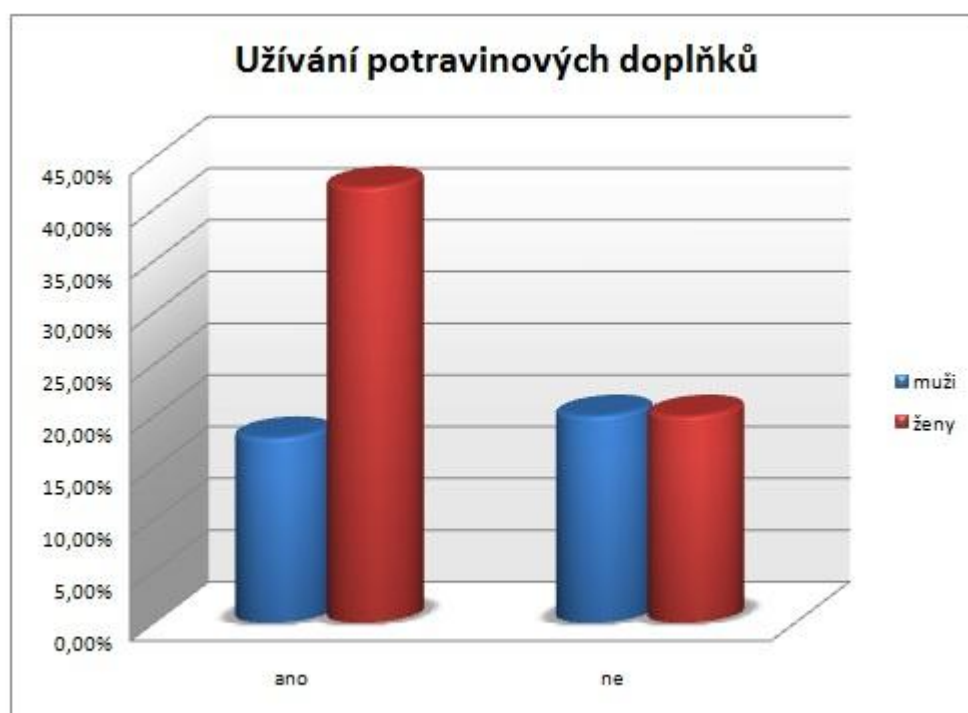
Otázka č. 6: **Užíváte nějaké potravinové doplňky, které si kupujete v lékárně?** A) ano, B) ne

Tabulka č. 6 - Užívání potravinových doplňků

Užívání potravinových doplňků

	Ženy	Ženy (%)	Muži	Muži (%)	Celkem	Celkem (%)
Ano	40	42,11 %	17	17,89 %	57	60 %
Ne	19	20 %	19	20 %	38	40 %
Celkem					95	100 %

Graf č. 6 - Užívání potravinových doplňků



Doplňky stravy užívá 57 respondentů z 95. Znamená to tedy 60 %. Opačnou odpověď zaškrtnulo 38, což je 40 %. Z 57 seniorů, kteří potvrdili užívání je 40 žen (42,11 %) a 17 mužů (17,89 %). Shodně obě pohlaví uvedla v 19 případech (20 %), že neužívají potravinové doplňky.

Vyhodnocení položky č. 7

Otázka č. 7: **Jak často užíváte potravinové doplňky?** A) neužívám, B) občas, C) pravidelně

Tabulka č. 7 - Četnost užívání potravinových doplňků

Četnost užívání potravinových doplňků

	Ženy	Ženy (%)	Muži	Muži (%)	Celkem	Celkem (%)
Neužívám	19	20 %	19	20 %	38	40 %
Občas	16	16,84 %	8	8,42 %	24	25,26 %
Pravidelně	24	25,26 %	9	9,47 %	33	34,74 %
Celkem					95	100 %

Graf č. 7 - Četnost užívání potravinových doplňků



Tuto položku jsem hodnotila ze všech 95 odpovídajících seniorů. Možnost A) neužívání doplňků stravy, zaškrtnulo 38 respondentů, tedy 40 % ze všech 95 dotazovaných. Z tohoto počtu bylo 19 žen (20 %) a 19 mužů (20 %). Občasné užívání potvrdilo 24 seniorů, což představuje 25,26 %. Potravinové doplňky tedy občas užívá

16 žen (16,84 %) a 8 mužů (8,42 %). Pravidelně užívá tyto preparáty 33 seniorů, to znamená 34,74 % z celkového počtu účastníků šetření, z toho bylo 24 žen (25,26 %) a 9 mužů (9,47 %).

Vyhodnocení položky č. 8

Otázka č. 8: Pokud byla odpověď v otázce číslo 6 - ANO, kolik finančních prostředků za ně vynakládáte měsíčně?

Tabulka č. 8 - Množství finančních prostředků vynaložených za potravinové doplňky/ měsíc

Množství finančních prostředků vynaložených za potravinové doplňky / měsíc

	Počet	Kč	Ø Kč
Ženy	40	12 000	300
Muži	17	4 490	264
Celkově	57	16 490	289

Graf č. 8 - Množství finančních prostředků vynaložených za potravinové doplňky/ měsíc



V otázce č. 6 uvedlo 57 seniorů, že užívá potravinové doplňky. Celkově utratí všech 57 respondentů 16 490 Kč měsíčně za toto zboží. Vychází tedy průměrně 289 Kč na každého. Ženy užívající doplňky stravy v počtu 40 a utratí za ně dohromady 12 000 Kč, tedy každá průměrně 300 Kč. Náklady všech 17 mužů užívajících doplňky stravy činí 4490 Kč, na jednotlivce tedy průměrně 264 Kč.

Vyhodnocení položky č. 9

Otázka č. 9: **Pokud užíváte potravinové doplňky, je nákup těchto preparátů významným zásahem do Vašeho finančního rozpočtu?** A) ano, B) ne

Tabulka č. 9 - Zásah do finančního rozpočtu při nákupu potravinových doplňků

Zásah do finančního rozpočtu při nákupu potravinových doplňků

	Ženy	Ženy (%)	Muži	Muži (%)	Celkem	Celkem (%)
Ano	17	29,82 %	3	5,26 %	20	35,09 %
Ne	24	42,11 %	13	22,81 %	37	64,91 %
Celkem					57	100 %

Graf č. 9 - Zásah do finančního rozpočtu při nákupu potravinových doplňků



Tuto položku jsem hodnotila z počtu 57 respondentů, tedy z účastníků empirického šetření, kteří uvedli, že užívají potravinové doplňky. Nákup doplňků stravy za zásah do rozpočtu nepovažuje 37 seniorů, což je 64,91 % ze všech. Z toho je 24 žen (42,11 %) a 13 mužů (22,81 %). Variantu A), tedy zásah do finančního rozpočtu při koupi doplňků

stravy, uvádí 20 respondentů, a to je 35,09 % z celkového počtu. Z těchto 20 je 17 žen (29,82 %) a 3 muži (5,26 %).

Vyhodnocení položky č. 10

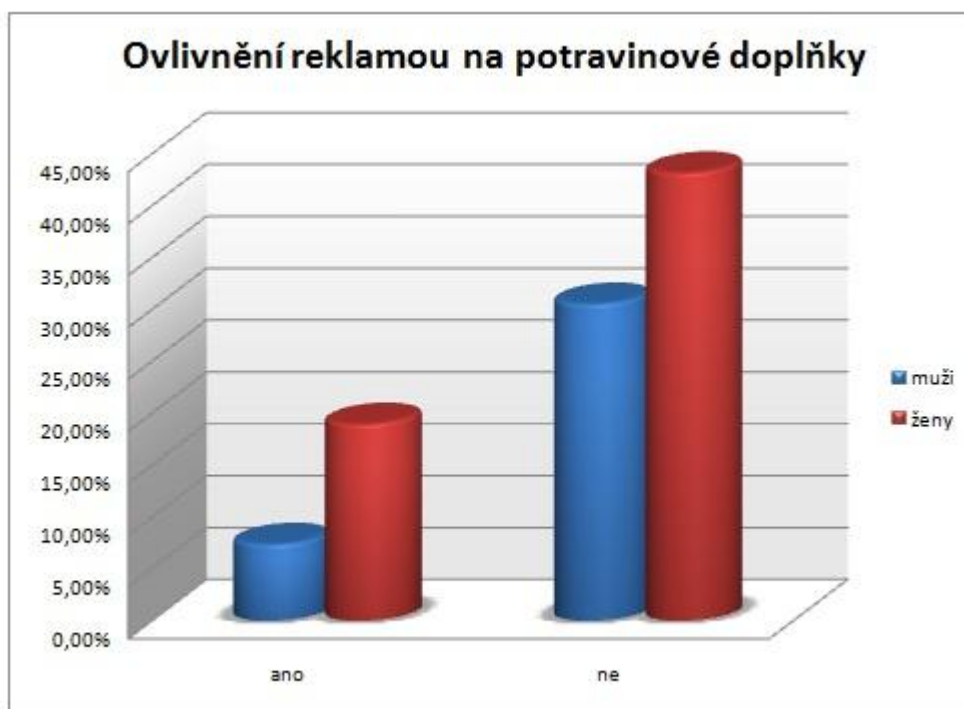
Otázka č. 10 : **Jste ovlivněni reklamou na potravinové doplňky?** A) ano, B) ne

Tabulka č. 10 - Ovlivnění reklamou na potravinové doplňky

Ovlivnění reklamou na potravinové doplňky

	Ženy	Ženy (%)	Muži	Muži (%)	Celkem	Celkem (%)
Ano	18	18,95 %	7	7,37 %	25	26,32 %
Ne	41	43,16 %	29	30,53 %	70	73,68 %
Celkem					95	100 %

Graf č. 10- Ovlivnění reklamou na potravinové doplňky



Na tuto otázku 25 seniorů udalo, že jsou ovlivněni reklamou na užívání potravinových doplňků, to představuje 26,32% ze všech respondentů. Ovlivněno je 18 žen (18,95 %) a 7 mužů (7,37 %). Ovlivnění reklamou si nepřipouští 70 účastníků šetření (73,68 %), z tohoto počtu je 41 žen (43,16 %) a 29 mužů (30,53 %).

Vyhodnocení položky č. 11

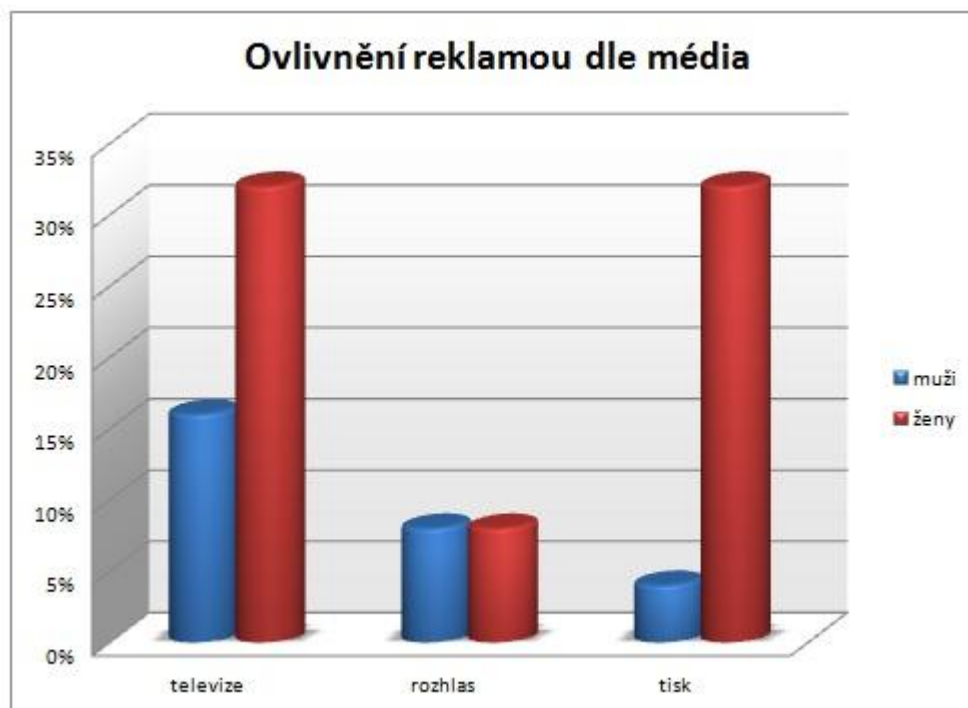
Otázka č. 11: **Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ANO, jaký způsob reklamy Vás nejvíce osloví?** A) televize, B) rozhlas C) tisk

Tabulka č. 11 - Ovlivnění reklamou dle média

Ovlivnění reklamou dle média

	Ženy	Ženy (%)	Muži	Muži (%)	Celkem	Celkem (%)
Televize	8	32 %	4	16 %	12	48 %
Rozhlas	2	8 %	2	8 %	4	16 %
Tisk	8	32 %	1	4 %	9	36 %
Celkem					25	100 %

Graf č. 11 - Ovlivnění reklamou dle média



Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří v předchozí otázce uvedli, že jsou ovlivněni reklamou na doplňky stravy, tedy 25 respondentů. Televize byla nejčastější odpovědí na druh média, kterým jsou respondenti při reklamě osloveni. Tuto skutečnost jich uvedlo 12. Je to tedy 48 %. Ženy to potvrdily v 8 případech (32 %), muži

ve 4 (16 %). Tisk je rozhodující při výběru tohoto zboží u 9 respondentů, to znamená 36 %. Tento údaj označilo 8 žen (32 %) a 1 muž (4 %). Nejméně jsou senioři ovlivněni rozhlasem, a to ve 4 případech (16 %). 2 ženy (8 %) a 2 muže (8 %) ovlivní reklama v rozhlase nejvíce.

Vyhodnocení položky č. 12

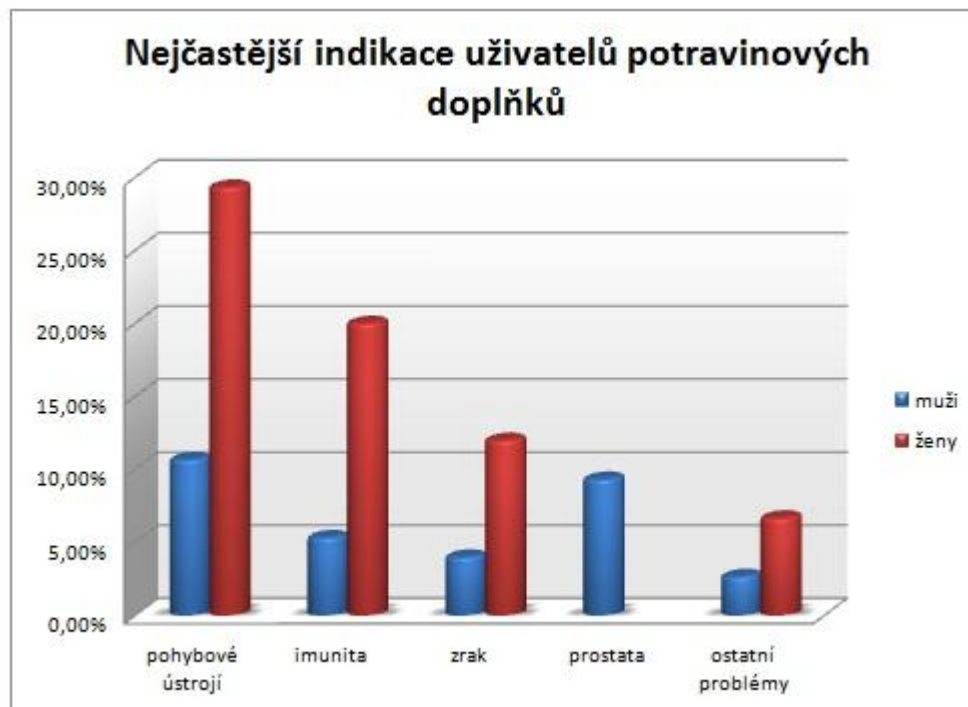
Otázka č. 12: **Pokud užíváte potravinové doplňky, na jaké zdravotní problémy?**
(možnost vícero odpovědí)

Tabulka č. 12 - Nejčastější indikace uživatelů potravinových doplňků

Nejčastější indikace uživatelů potravinových doplňků

	Ženy	Ženy (%)	Muži	Muži (%)	Celkem	Celkem (%)
Pohybové ústrojí	22	29,33 %	8	10,67 %	30	40 %
Imunita	15	20 %	4	5,33 %	19	25,33 %
Zrak	9	12 %	3	4 %	12	16 %
Prostata			7	9,33 %	7	9,33 %
Ostatní problémy	5	6,67 %	2	2,67 %	7	9,33 %
Celkem					75	100 %

Graf č. 12 - Nejčastější indikace uživatelů potravinových doplňků



Na tuto otázku odpovídalo 57 respondentů, kteří užívají potravinové doplňky a respondenti měli možnost volné odpovědi, kdy mohli uvést více zdravotních problémů, kvůli kterým potravinové doplňky užívají. 100 % v této položce představuje počet všech odpovědí, tedy 75. Mezi nejčastější důvod k užívání senioři uvedli potíže s pohybovým ústrojím a klouby. Bylo to celkem v 30 případech, což je 40 % ze všech důvodů užívání doplňků stravy. Z toho tuto indikaci uvedlo 22 žen (29,33 %) a 8 mužů (10,67 %). Na podporu imunity užívá tyto preparáty 19 dotazovaných (25,33 %), z toho 15 žen (20 %) a 4 muži (5,33 %). Dále 12 seniorů (16 %) užívá doplňky stravy určené k podpoře zraku, 9 žen (12 %) a 3 muži (4 %). Prevenci potíží s prostatou uvedlo 7 mužů, to znamená 9,33 % ze všech důvodů k užívání těchto preparátů. Mezi další zmiňované zdravotní problémy, které vedou respondenty k užívání potravinových doplňků, jsou uvedeny potíže se zažíváním, křečové žíly, močové cesty a například oddálení stárnutí a to v 7 případech (9,33 %), 5 žen (6,67 %) a 2 muži (2,67 %) uvedlo tyto ostatní problémy jako důvod užívání.

Vyhodnocení položky č. 13

Otázka č. 13: **Jste přesvědčeni o kladném účinku potravinových doplňků?** A) ano, B) spíše ano, C) nevím, D) spíše ne, E) ne

Tabulka č. 13 - Důvěra v účinek potravinových doplňků

Důvěra v účinek potravinových doplňků

	Ženy	Ženy (%)	Muži	Muži (%)	Celkem	Celkem (%)
Ano	17	17,89 %	5	5,26 %	22	23,16 %
Spíše ano	19	20 %	8	8,42 %	27	28,42 %
Nevím	13	13,68 %	10	10,53 %	23	24,21 %
Spíše ne	6	6,32 %	10	10,53 %	16	16,84 %
Ne	4	4,21 %	3	3,16 %	7	7,37 %
Celkem					95	100 %

Graf č. 13 - Důvěra v účinek potravinových doplňků



Tato otázka byla určena obecně pro všechny respondenty, jelikož jsem se domnívala, že ti senioři, kteří doplňky stravy užívají, předpokládají jejich příznivý vliv na lidské zdraví. Připadalo mi tedy bezpředmětné pokládat tuto otázku pouze uživatelům

zmiňovaných preparátů. O kladném účinku potravinových doplňků je přesvědčeno 22 seniorů, to je 23,16 % ze všech 95 účastníků výzkumného šetření. Z těchto 22 bylo 17 žen (17,89 %) a 5 mužů (5,26 %). Spíše ano, jako odpověď, uvedlo 27 dotázaných (28,42 %). Byl to největší počet zaškrtnutých odpovědí v této otázce. 19 žen (20 %) a 8 mužů (8,42 %) spíše věří v kladný účinek doplňků stravy. Možnost C) potvrdilo 23 účastníků empirického šetření (24,21 %). Vyjádřilo tím nejasný postoj k účinkům doplňků stravy. Tento názor sdílelo 13 žen (13,68 %) a 10 mužů (10,53 %). Spíše nedůvěřuje účinkům potravinových doplňků 16 seniorů (16,84 %). Tuto odpověď zaškrtnulo jako jedinou v této otázce méně žen, než mužů. Nedůvěru v účinek vyjádřilo 6 žen (6,32 %) a 10 mužů (10,53 %). V účinek doplňků stravy nevěří 7 dotázaných (7,37 %) z celkového počtu 95. Tento postoj uvedly 4 ženy (4,21 %) a 3 muži (3,16 %).

Vyhodnocení položky č. 14

Otázka č. 14: **Kolik peněz měsíčně přibližně utratíte za léky předepsané lékařem?**

Tabulka č. 14 - Náklady na léky předepsané lékařem/měsíc

Náklady na léky předepsané lékařem/měsíc

	Počet	Kč	Ø Kč
Ženy	59	17 000	298
Muži	36	9 370	270
Celkově	95	27 330	288

Graf č. 14 - Náklady na léky předepsané lékařem/měsíc



Po sečtení všech částek, které byly uvedeny od 95 respondentů, vyšla suma 27 330 Kč. To znamená, že každý z účastníků výzkumného šetření doplatí přibližně 288 Kč za léky na lékařský předpis. 59 žen utratí dohromady 17 600 Kč, což je průměrně 298 Kč na každou. Z 36 mužů účastnících se výzkumu, utratí průměrně každý 270 Kč měsíčně za léky na předpis. Dohromady utratí muži měsíčně částku 9 730 Kč za léky předepsané lékařem.

Na závěr této kapitoly bych ráda shrnula nejvýznamnější a nejzajímavější výsledky dotazníkového šetření. Budu postupovat dle předem stanovených cílů.

HLAVNÍ CÍL: Zjistit, zda senioři užívají potravinové doplňky.

K vyhodnocení tohoto hlavního cíle mé práce se v dotazníku vztahují otázky 5, 6, 7, 12, 13. V otázce číslo 5 jsem se seniorů ptala, zda ví, co je potravinový doplněk. Z celkového počtu 95 dotazovaných pouze 4 nevěděli, co zmiňovaný termín znamená. Tento výsledek jsem očekávala, jelikož informace o doplňcích stravy jsou velmi často viditelné jak v médiích, tak třeba i v čekárnách u lékaře ve formě informačních a reklamních letáků.

V otázkách 6 a 7 jsem zjišťovala, kolik seniorů užívá nějaké potravinové doplňky a jak často. 57 respondentů potvrdilo užívání těchto preparátů, z nichž 33 tyto doplňky stravy užívá pravidelně a 24 uvedlo občasné užívání. 40 žen a 17 mužů potvrdilo užívání doplňků stravy. Rozdíl v tomto údaji dle pohlaví je zřejmě dán větší snahou žen pečovat o své zdraví. Při výkonu svého povolání jsem zaznamenala, že senioři pravidelnou léčbu ordinovanou lékařem doplňují těmito preparáty, ale počet respondentů, kteří uvedli užívání potravinových doplňků je vyšší, než jsem předpokládala.

Na otázku číslo 12, na zmírnění jakých zdravotní problémů senioři doplňky stravy nejčastěji užívají, byly odpovědi většinou totožné s výskytem syndromů doprovázejících stáří. Jednalo se hlavně o potíže s pohybovým aparátem, na podporu imunity, zraku a muži často zmiňovali potíže s prostatou. V otázce číslo 13 jsem zjišťovala, zda jsou respondenti přesvědčeni o kladném účinku potravinových doplňků. Potvrdil se můj předpoklad, a sice ten, že ženy více důvěřují v kladný účinek těchto preparátů. 36 žen uvedlo odpověď ano nebo spíše ano, mužů pouze 13. Odpověď nevím uvedlo 13 žen a 10 mužů. Údaj, ve kterém byl počet mužů větší než počet žen, je nedůvěra v tyto preparáty. Spíše nevěří v kladný účinek 10 mužů a 6 žen. Údaje z otázky číslo 13 tedy odpovídají údajům z otázky číslo 6, kde ženy jsou častějšími uživatelkami potravinových doplňků, tedy jejich účinku více věří.

DÍLČÍ CÍL č. 1: Zjistit ekonomické zatížení seniorů při pořizování těchto preparátů.

K tomuto cíli se v dotazníku vztahují otázky 8, 9, 14. Zajímalo mě porovnání, kolik finančních prostředků měsíčně utratí senioři užívající potravinové doplňky za tyto preparáty ve srovnání s útratou za léky na lékařský předpis. Vzhledem k narůstajícím stížnostem starých lidí na jejich ekonomickou situaci byl výsledek překvapivý. Senior,

který užívá doplňky stravy, za ně měsíčně utratí průměrně 289 Kč. Skoro stejnou částku, a to průměrně 288 Kč, utratí každý účastník mého výzkumného šetření za léky na lékařský předpis. Za významný zásah do finančního rozpočtu náklady na doplňky stravy považuje 20 z celkového počtu 57 respondentů užívajících tyto preparáty. Znamená to tedy, že 37 seniorů nákup potravinových doplňků jejich finanční rozpočet nezatěžuje.

DÍLČÍ CÍL č. 2: Zjistit, zda jsou senioři ovlivněni reklamou na potravinové doplňky.

K zhodnocení tohoto cíle se vztahují otázky 10 a 11. V otázce číslo 10 ovlivnění reklamou na potravinové doplňky udává 25 respondentů, 70 jich tento fakt popírá. Více ovlivnitelné jsou ženy, a to v 18 případech. Výsledky z této otázky se mi zdají nepravděpodobné, vzhledem k celkovému počtu uživatelů potravinových doplňků. Zřejmě si senioři často ani ovlivnění reklamou neuvědomují, jako ostatně převážná část populace. V otázce číslo 11 jsem se dotazovala respondentů, kteří přiznali ovlivnění reklamou na potravinové doplňky, jaké způsoby reklamy na tyto preparáty je nejvíce osloví. Seniorů při nákupu doplňků stravy nejvíce ovlivňuje propagace těchto výrobků v televizi (12), pak v tisku (9) a nakonec v rozhlasu (4).

12 DISKUZE

Za vitamíny a doplňky stravy vydají Češi ročně šest až sedm miliard korun (Myslivcová, 2013). V roce 2012 to bylo téměř 5,5 miliardy, což bylo o 5,5 % více než v roce 2011 (ČTK, 2013). Obchod s tímto artiklem je velký byznys, obchodní přírážka není regulovaná, tudíž lékárna tento produkt může prodat za cenu, kterou je zákazník ochoten uhradit. Proto se vyplatí firmám vynakládat mnoho peněz za reklamu na tyto preparáty a tím se snažit zvýšit prodej. Cílovou skupinou těchto reklam pak bývají často právě senioři, kteří se nechají snáze ovlivnit. Kolik z této obrovské částky, ročně vydané za doplňky stravy, utratí lidé nad 65 let, nelze určit. Cílem mé práce bylo zjistit, zda senioři a v jaké míře užívají potravinové doplňky, zda tento fakt zasáhne jejich rozpočet a vliv reklamy na seniory při pořizování těchto preparátů.

S rostoucím věkem přibývá zdravotních problémů. A díky této skutečnosti lidé častěji navštěvují lékaře, od kterého čekají účinnou pomoc. Pokud se jim tato pomoc zdá nedostatečná nebo pokud návštěvu lékaře ještě nepovažují za nutnou, volí potravinové doplňky jako řešení. Dalším důvodem pro pořizování doplňků stravy je jejich snazší dostupnost. Užívání potravinových doplňků by mělo být chápáno pouze pro doplnění běžné stravy o vybrané cenné látky, v určitých případech mající své opodstatnění. V žádném případě nejsou náhradou za zdravou, vyváženou a pestrou stravu. Také nelze těmto preparátům přisuzovat léčivé účinky. A tento fakt zřejmě není dostatečně chápán většinou obyvatel. Z mého šetření jsem zjistila, že potravinové doplňky užívá 57 z 95 dotazovaných seniorů, což je 60 %. Pro srovnání uvádím výsledky empirického šetření Stávkové (2012, s. 90, Bc. Jana Stávková, Masarykova univerzita Brno, Lékařská fakulta, diplomová práce, název práce „Výživa ve stáří“) která uvádí ve své práci, že doplňky stravy užívá třetina oslovených respondentů, tedy 31,6 %. Výsledek empirického šetření v této diplomové práci byl stanoven z opovědí 98 osob starších 65 let, z toho bylo 65 žen a 33 mužů. Zkoumaný vzorek z obou prací byl tedy srovnatelný. Nárůst tohoto údaje v mém výzkumu je zřejmě dán vlivem masivní reklamy na doplňky stravy, a také mohlo dojít k nárůstu počtu uživatelů díky tomu, že mé empirické šetření probíhalo v době Vánoc. V tomto období dochází k boomeru nákupu tohoto zboží, kdy lékárny nabízejí zvýhodněné dárkové balíčky, pilulky zdarma nebo třeba přidají malý dárek. To vše v rámci boje o zákazníka.

Druhem reklamy, který nejvíce ovlivní seniory, jsem se zabývala v další části mého empirického šetření. Podobným tématem se zabývala Blažková (2011, s. 53), která ve své práci zabývající se vlivem reklamy na seniory uvádí: „Na jednoho seniora, který zakoupil zboží na reklamní předváděcí akci, se vztahuje částka okolo necelých třiceti tisíc korun“. Z této informace vyplývá, že senioři jsou opravdu velmi ovlivnitelnou skupinou lidí. Vždyť už i lékárníci varují před neuváženými nákupy pod vlivem masivní reklamy. Upozorňují, že některé potravinové doplňky mění účinek léků, proto by se pacienti měli poradit s lékařem, než si toto zboží koupí (Myslivcová, 2013). Z výsledků mého výzkumu vyplynulo, že 70 z 95 seniorů není ovlivněno reklamou na doplňky stravy. Znamená to tedy 73, 68 %. Ovlivnitelnost reklamou připustilo pouze 25 respondentů (26, 32 %). Tento údaj se mi zdá nepravděpodobný. Podle mého mínění nakupuje pod vlivem reklamy více seniorů, než vyplynulo z mého šetření. Údaj může být zkreslený tím, že si ovlivnění reklamou lidé často ani neuvědomují a nepřipouští. Zaregistrují nějaké zboží v reklamě a po chvíli se jejich pozornost přesune jinam. Ale pak při výběru produktu jim může zboží z reklamy připadat známé a sáhnou po něm častěji. Jako zdroj reklamy, která respondenty při nákupu doplňků stravy nejvíce osloví, byla uvedena nejčastěji televize, a to ve 12 případech (48 %). Tento fakt jsem předpokládala. Obrazové informace, jsou-li prezentovány současně s verbální informací, mají největší potenciál k zapamatování. Na dalších místech se umístil tisk a následně rozhlas.

Staří lidé, hlavně ti, kteří pobírají starobní důchod, často hovoří o tom, jak nízké jsou jejich důchody, jak rostou náklady na bydlení, stravu a léky. Z tohoto důvodu mne zajímalo, jaké částky jsou ochotni utratit, za mnohdy neopodstatněně užívané potravinové doplňky. Za toto zboží je průměrně ochoten každý z 57 respondentů, kteří užívají doplňky stravy, zaplatit 289 Kč měsíčně. Tato částka je ještě o 1 Kč více, než zaplatí každý respondent mého výzkumného šetření za léky na lékařský předpis. To znamená, že pokud senior užívá potravinové doplňky pravidelně a k tomu si ještě dopláci za léky předepsané lékařem 288 Kč měsíčně, vynaloží ze svého důchodu dohromady 577 Kč každý měsíc za obě tyto položky. To je částka, která již může velmi zasáhnout do finančního rozpočtu některých seniorů. Proto pro mne bylo zajímavým zjištěním, že pouze 20 respondentů, což je 35,09 % ze všech 57 uživatelů potravinových doplňků, uvedlo nákup tohoto zboží za významný zásah do finančního rozpočtu.

13 NÁVRHY PRO PRAXI

Z výsledků mého výzkumného šetření vyplývá, že více jak polovina dotázaných seniorů užívá potravinové doplňky. Není cílem mé práce hodnotit, v kterých případech je toto užívání opodstatněné, a v kterých zbytečné. Chápu užívání těchto preparátů u seniorů, kteří trpí nějakou závažnou, mnohdy nevyléčitelnou chorobou, a kteří zkoušejí všechny možné a dostupné cesty k vyléčení či alespoň k zastavení postupu své nemoci. Ale v mnoha případech jsou staří lidé ovlivněni reklamou a často nejsou ani schopni rozlišit mezi léčivem a doplňkem stravy. Mnohdy také neshledávají rozdíl mezi volně prodejným lékem a potravinovým doplňkem. V každém případě by senioři měli užívat pouze ty doplňky stravy, které jim budou doporučeny lékařem či erudovaným pracovníkem lékárny, a u kterých byl prokázán pozitivní účinek na zdraví člověka. Nekontrolovaná konzumace těchto preparátů nebo interakce s léčivými může způsobit vážné poškození zdraví.

Doporučovala bych neustálé zvyšování povědomí veřejnosti o potravinových doplncích prostřednictvím informačních brožur a letáků. Vhodné by také byly přednášky pro seniory na téma zdravé výživy, kde by jim byla problematika doplňků stravy vysvětlena. Přednášky by se daly uskutečňovat v různých spolicích sdružující seniory nebo v rámci univerzit třetího věku.

Každý lékař, který předepisuje chronickou medikaci nebo ordinuje nové léky, by měl být pacientem informován o doplncích stravy, které užívá. Naopak také pacient by měl se svým lékařem konzultovat užívání jakéhokoli preparátu tohoto druhu, aby se předešlo možným interakcím s jinými léčivými. V ideálním případě by měla být suplementace konkrétních nutričních indikována na základě laboratorního nebo klinického vyšetření.

Dalším způsobem, jak usnadnit seniorům orientaci v dnešní záplavě informací, je důsledná kontrola nad dodržováním stanovených pravidel týkajících se reklamy na potravinové doplňky. V případě porušení těchto předpisů by měla následovat významná pokuta, případně stažení výrobku z trhu. Předmětem důsledné kontroly by také mělo být dodržování uvedení všech povinných údajů na obalu a etiketě výrobku. Možná by také bylo účinné, kdyby bylo možno potravinové doplňky prodávat pouze v běžných potravinářských prodejnách a nejvýše ještě v prodejnách zdravé výživy, nikoli však

v lékárnách. To ovšem bude zřejmě narážet na odpor majitelů lékáren, kde prodej potravinových doplňků vytváří zcela jistě nemalou část jejich zisku.

14 ZÁVĚR

Jak jsem zmínila několikrát ve své práci, problematika užívání potravinových doplňků je velmi obsáhlá. Výsledky mého empirického šetření ukazují, že více jak polovina dotázaných seniorů užívá doplňky stravy. Častějšími konzumenty jsou ženy a také jsou více přesvědčeny o pozitivním účinku těchto preparátů na jejich zdraví. V indikacích, kvůli kterým jsou tyto potravinové doplňky seniory užívány, se nejčastěji objevily problémy s pohybovým aparátem, na podporu imunity, zraku a u mužů potíže s prostatou. Z výsledků šetření jsem zaznamenala, že senioři užívající doplňky stravy za ně měsíčně utratí skoro stejnou částku jako za léky ordinované lékařem. Toto zjištění bylo pro mne překvapivé. Také byl pro mne nečekaný výsledek, že pouze 35,09 % respondentů, kteří užívají doplňky stravy, považuje nákup těchto preparátů za významný zásah do rozpočtu. Ve svém okolí často slyším od seniorů stížnosti na jejich špatnou finanční situaci vzhledem ke stále se zvyšujícím nákladům na běžný život, proto jsem předpokládala, že bude výsledek mnohem vyšší. V mnoha případech užívání těchto preparátů má zřejmě své opodstatnění a není vhodné k tomu zaujímat zcela negativní postoj. V mé práci jsem chtěla pouze popsat problematiku tohoto stále se rozšiřujícího jevu v naší zemi. V České republice, a zřejmě i v jiných ekonomicky vyspělých zemích, jsou doplňky stravy pro obchodníky velmi výhodným artiklem. Jak ukázaly výsledky mého výzkumu, značnou část peněz za uvedené výrobky utratí právě senioři. Tato věková kategorie je mnohdy cílovou skupinou reklamy na dané preparáty. A tak senioři často pod vlivem reklamy toto zboží hojně nakupují v domnění, že bude mít výrazně pozitivní účinek na jejich zdraví. To vše vede nejen k finančnímu zatížení rozpočtu seniorů, ale často při nekontrolovatelné konzumaci může způsobit i poškození zdraví. Tento fakt by se měl řešit především neustále se zvyšující informovaností veřejnosti, tedy i seniorů, o výrobcích, které mohou v některých případech pozitivně působit na udržení zdraví případně fyzické kondice. V žádném případě však nejsou samospasitelné při výskytu závažného onemocnění a naopak mohou při nevhodném užívání zdravotní stav zhoršit.

POUŽITÁ LITERATURA

- Čevela, R., Kalvach, Z. & Čeledová, L. (2012). *Sociální gerontologie: Úvod do problematiky*. Praha: Grada Publishing.
- Dienstbier, Z. (2009). *Průvodce stárnutím aneb jak ho oddálit*. Praha: Radix, spol.s.r.o.
- Haškovcová, H. (2010). *Fenomén stáří*. (2nd ed.) Praha: Havlíček Brain Team.
- Haškovcová, H. (2012). *Sociální gerontologie aneb senioři mezi námi*. Praha: Galén.
- Mach, I. (2012). *Doplňky stravy jaké si vybrat při sportu i v každodenním životě*. Praha: Grada Publishing.
- Ondrušová, J. (2011). *Stáří a smysl života*. Praha: Nakladatelství Karolinum.
- Otová, B., Mihalová, R., & Vymlátil, J. (2011). *Základy biologie a genetiky. Vývoj a růst člověka*. Praha: Nakladatelství Karolinum.
- Pokorná, A & kolektiv. (2013). *Ošetřovatelství v geriatrii*. Praha: Grada Publishing.
- Slíva, J. & Minárik, J. (2009). *Doplňky stravy*. Praha: TRITON.
- Sobotka, L. & Allison, S. (2011). *Basics in clinical nutrition*. (4th ed.). Praha: Galén.
- Svačina, Š., Müllerová D. & Bretšnajdrová A. (2012). *Dietologie pro lékaře, farmaceuty, zdravotní sestry a nutriční terapeutky*. Praha: TRITON.

ELEKTRONICKÉ ZDROJE

- Benešová, J. (2013). *Doplňky stravy u seniorů* (Bakalářská práce). Masarykova univerzita, Brno [cit. 2014-02-10]. Dostupné z http://is.muni.cz/th/381580/1f_b/BC_Jana_Benesova_Doplanky_stravy.pdf
- Bělohávková, S. (2011). Alergie a potravinové doplňky – pověry, mýty a fakta. *Alergie*. 13 (3), [cit. 2014-02-25]. Dostupné z http://www.tigis.cz/images/stories/Alergie/2011/03/13_belohlavkova_al_3-2011.pdf
- Blažková, E. (2011). *Vliv reklamy na seniory* (Bakalářská práce). Masarykova univerzita, Brno [cit. 2014-04-03]. Dostupné z http://is.muni.cz/th/84109/pedf_b/BAKALARSKA_PRACE_2011.pdf
- Český statistický úřad. (2013). *Naděje dožití a průměrný věk – Metodika* [cit. 2014-01-31]. Dostupné z http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/nadeje_dozeni_a_prumerny vek
- ČTK. (2013). Útraty Čechů za doplňky stravy rostou. *Marketing&Media* [cit. 2014-03-30]. Dostupné z <http://mam.ihned.cz/c1-59357860-utraty-cechu-za-doplanky-stravy-rostou>

- Fránek, T. (2013). Léčí potravinové doplňky? Soud EU dal návod, jak na lži [cit. 2014-02-27]. Dostupné z <http://aktualne.centrum.cz/ekonomika/nakupy/clanek.phtml?id=785521>
- Hlaváčková, J. (2013). *Zdravá výživa seniorů a ekonomické aspekty* (Diplomová práce). Masarykova univerzita, Brno [cit. 2014-02-02]. Dostupné z http://is.muni.cz/th/214758/lf_m/
- Jiroušová, P., (2013). *Reklama na léčiva a doplňky stravy a její právní aspekty* (Bakalářská práce). Masarykova univerzita, Brno [cit. 2014-02-28]. Dostupné z http://is.muni.cz/th/388102/pravf_b_a2/
- Kulze, A. (2012). *More red flags for calcium supplements* [cit. 2014-02-20]. Dostupné z <http://www.drannblog.com/calcium-supplements-health-study-more-red-flags-for-calcium-supplements/>
- Matýšková, M. (2010). Warfarin, potrava a potravinové doplňky. *Interní medicína pro praxi*. 12 (2). [cit. 2014-02-28]. Dostupné z <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2010/02/07.pdf>
- Medical Tribune - kolektiv. (2012). Zbavme volně prodejné léky jejich stigmatizace! *Medical Tribune* (26). [cit. 2014-02-18]. Dostupné z <http://www.tribune.cz/clanek/28789-zbavme-volne-prodejne-leky-jejich-stigmatizace>
- Myslivcová, N. (2013). Za vitamíny a doplňky stravy dají Češi ročně šest až sedm mld. Kč. *Medical Tribune* [cit. 2014-03-30]. Dostupné z <http://www.tribune.cz/clanek/31716-za-vitaminy-a-doplňky-stravy-daji-cesi-rocne-sest-az-sedm-mld-kc>
- Odborná redakce Edukafarm. (2012). Odstraňme zavádějící informace o doplňcích stravy. *Edukafarm, FarmiNews*, 2012 (1). [cit. 2014-02-28]. Dostupné z http://www.edukafarm.cz/data/soubory/casopisy/16/58_obran.pdf
- Portál veřejné správy. (2013). Zákon o léčivech [cit. 2014-02-19]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=1&idBiblio=65289&nr=378~2F2007&rpp=15#local-content>
- prozdravi.cz. (2013). [cit. 2014-02-28]. Dostupné z <http://www.prozdravi.cz/ginkgo-biloba.html>
- Raboch, J. (2010). Kognitivní funkce, stárnutí a stravovací návyky. *Česká a Slovenská psychiatrie*, 2010 [cit. 2014-01-22]. Dostupné z <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=37>
- Skálová, A. (2013). Farmacie a marketing ve světle nové legislativy. *Mladá fronta Zdravotnické noviny ZDN*, 2013 (2). [cit. 2014-02-27]. Dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/farmacie-a-marketing-ve-svetle-nove-legislativy-468814>
- Státní ústav pro kontrolu léčiv. (2010) *Rozlišení doplňků stravy od léčivých přípravků*. [cit. 2014-02-17]. Dostupné z <http://www.sukl.cz/leciva/rozliseni-doplňku-stravy-od-lecivych-pripravku>

- Stávková, J. (2012). *Výživa ve stáří* (Diplomová práce). Masarykova univerzita, Brno [cit. 2014-01-17]. Dostupné z http://is.muni.cz/th/259058/lf_m/DIPLOMOVA_PRACE.pdf
- Végh, V., (2012). Kudy vede hranice mezi léčivými přípravky a doplňky stravy. *Medical Tribune*. (10). [cit. 2014-02-23]. Dostupné z <http://www.tribune.cz/clanek/26743>

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka č. 1. Pohlaví respondentů	str. 35
Tabulka č. 2. Věk respondentů	str. 36
Tabulka č. 3. Místo bydliště respondentů	str. 38
Tabulka č. 4. Nejvyšší dokončené vzdělání respondentů	str. 40
Tabulka č. 5. Znalost termínu potravinový doplněk	str. 43
Tabulka č. 6. Užívání potravinových doplňků	str. 44
Tabulka č. 7. Četnost užívání potravinových doplňků	str. 45
Tabulka č. 8. Množství finančních prostředků vynaložených za potravinové doplňky/měsíc	str. 47
Tabulka č. 9. Zásah do finančního rozpočtu při nákupu potravinových doplňků	str. 48
Tabulka č. 10. Ovlivnění reklamou na potravinové doplňky	str. 50
Tabulka č. 11. Ovlivnění reklamou dle média	str. 51
Tabulka č. 12. Nejčastější indikace uživatelů potravinových doplňků	str. 53
Tabulka č. 13. Důvěra v účinek potravinových doplňků	str. 55
Tabulka č. 14. Náklady na léky předepsané lékařem/měsíc	str. 57
Graf č. 1. Pohlaví respondentů	str. 35
Graf č. 2. Věk respondentů	str. 36
Graf č. 3. Místo bydliště respondentů	str. 38
Graf č. 4. Nejvyšší dokončené vzdělání respondentů	str. 40
Graf č. 5. Znalost termínu potravinový doplněk	str. 43
Graf č. 6. Užívání potravinových doplňků	str. 44
Graf č. 7. Četnost užívání potravinových doplňků	str. 45
Graf č. 8. Množství finančních prostředků vynaložených za potravinové doplňky/měsíc	str. 47
Graf č. 9. Zásah do finančního rozpočtu při nákupu potravinových doplňků	str. 48
Graf č. 10. Ovlivnění reklamou na potravinové doplňky	str. 50
Graf č. 11. Ovlivnění reklamou dle média	str. 51
Graf č. 12. Nejčastější indikace uživatelů potravinových doplňků	str. 53
Graf č. 13. Důvěra v účinek potravinových doplňků	str. 55
Graf č. 14. Náklady na léky předepsané lékařem/měsíc	str. 57

SEZNAM ZKRATEK

ESPEN	The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism
EU	Evropská Unie
SZPI	Státní potravinářská a zemědělská inspekce
SÚKL	Státní ústav pro kontrolu léčiv
SZÚ	Státní zdravotní ústav
GIT	Gastrointestinální trakt
INR	International Normalized Ratio

PŘÍLOHY

Příloha A: Členění seniorského věku	str. 71
Příloha B: Procento mužů, kteří se dožívají daného věku	str. 71
Příloha C: Procento žen, které se dožívají daného věku	str. 71
Příloha D: Výskyt depresivity podle prostředí, v kterém senioři žili	str. 71
Příloha E: Projevy a důsledky podvýživy ve stáří	str. 72
Příloha F: Dotazník	str. 73
Příloha G: Žádost o provedení výzkumného šetření	str. 76

PŘÍLOHY

Příloha A: Členění seniorského věku

65-74 let	75-84 let	85 a více
mladý senior	starý senior	velmi starý senior
young-old	old-old	very old-old

(Čevela & Kalvach & Čeledová, 2012, s. 25).

Příloha B: Procento mužů, kteří se dožívají daného věku

věk	období		
	2000–2005	2025–2030	2045–2050
65 let	75,0 % (narození 1935–1940)	84,0 % (narození 1960–1965)	87,0 % (narození 1980–1985)
80 let	32,0 % (narození 1920–1925)	46,0 % (narození 1945–1950)	52,0 % (narození 1965–1970)

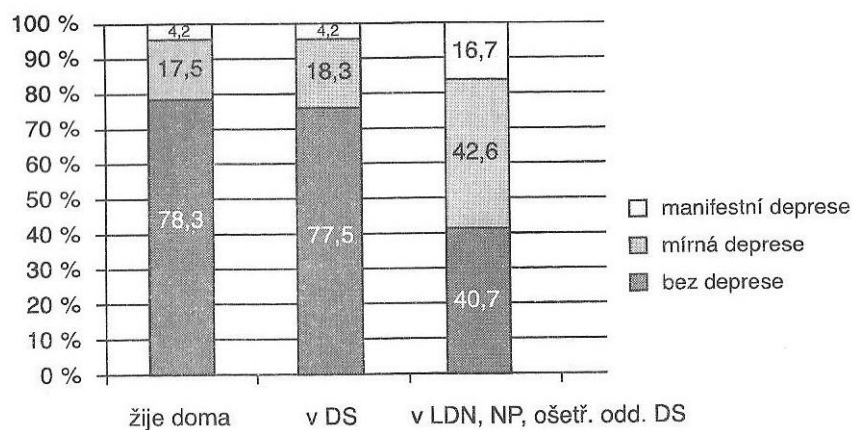
(Čevela & Kalvach & Čeledová, 2012, s. 211)

Příloha C: Procento žen, které se dožívají daného věku

věk	období		
	2000–2005	2025–2030	2045–2050
65 let	88 % (narozené 1935–1940)	92,0 % (narozené 1960–1965)	93,0 % (narozené 1980–1985)
80 let	55,0 % (narozené 1920–1925)	68,0 % (narozené 1945–1950)	72,0 % (narozené 1965–1970)

(Čevela & Kalvach & Čeledová, 2012, s. 211)

Příloha D: Výskyt depresivity podle prostředí, v kterém senioři žili



(Ondrušová, 2011, s. 140)

Příloha E: Projevy a důsledky podvýživy ve stáří

Projev	Primární důsledek	Sekundární důsledek
Porucha imunity	Neschopnost obrany před infekcí	Zvýšená morbidita, mortalita
Snížená svalová síla a únava	Nečinnost, snížená schopnost postarat se o sebe, špatná funkce svalů – nebezpečí pádu, snížená funkce dýchacích svalů – plicní infekce	Prodloužení hospitalizace, zvýšení nákladů na léčbu
inaktivita	imobilizační syndrom a s ním spojené komplikace	Prodloužení hospitalizace, zvýšení nákladů na léčbu
Porucha termoregulace	hypotermie	Zvýšená morbidita, mortalita
Porucha hojení	Prodloužení inflemační fáze hojení ran, výskyt patologických zlomenin v důsledku defektu kostní hmoty	Prodloužení hospitalizace, zvýšení nákladů na léčbu, zvýšená morbidita, mortalita
Porucha GIT	Změny v příjmu a vylučování potravy, porucha vodního a minerálového hospodářství	Zvýšená morbidita, mortalita
Změny v sociální interakci	Přesto, že pacient netrpí aktuálně žádnou nemocí, je podvýživa příčinou apatie, deprese, zanedbávání	Prodloužení hospitalizace, zvýšení nákladů na léčbu

(Pokorná, 2012, s. 55)

DOTAZNÍK

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Dana Tenglerová a studuji 1. lékařskou fakultu UK v Praze. Ráda bych Vás poprosila o vyplnění tohoto dotazníku, který bude použit jako jeden z podkladů vypracování mé bakalářské práce. Zakroužkujte, prosím, pouze jednu odpověď, pokud není v dotazníku uvedeno jinak. Dotazník je zcela anonymní, výsledky budou použity jen za účelem vypracování mé práce.

Předem Vám děkuji za spolupráci.

1. Pohlaví

a) žena

b) muž

2. Věk

a) 65-69

b) 70-74

c) 75-79

d) 80 a více

3. Místo bydliště

a) vesnice

b) malé město (do 10 000 obyvatel)

c) středně velké město

d) velkoměsto

4. Nejvyšší dokončené vzdělání

a) bez dokončeného základního vzdělání

b) základní

c) střední odborné bez maturity

d) střední s maturitou

e) vyšší odborné vzdělání

f) vysokoškolské

5. Víte, co je to potravinový doplněk?

a) ano, vím

b) ne, nevím

6. Užíváte nějaké potravinové doplňky, které si kupujete v lékárně?

a) ano

b) ne

7. Jak často užíváte potravinové doplňky?

a) neužívám

b) občas

c) pravidelně

8. Pokud byla odpověď v otázce číslo 6 - ANO, kolik finančních prostředků za ně vynakládáte měsíčně?

Doplňte

9. Pokud užíváte potravinové doplňky, je nákup těchto preparátů významným zásahem do Vašeho finančního rozpočtu?

a) ano

b) ne

10. Jste ovlivněni reklamou na potravinové doplňky?

a) ano

b) ne

11. Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ANO, jaký způsob reklamy Vás nejvíce osloví?

a) televize

b) rozhlas

c) tisk

12. Pokud užíváte potravinové doplňky, na jaké zdravotní problémy?

(možnost vícero odpovědí)

Doplňte

13. Jste přesvědčeni o kladném účinku potravinových doplňků?

a) ano

b) spíše ano

c) nevím

d) spíše ne

e) ne

14. Kolik peněz měsíčně přibližně utratíte za léky předepsané lékařem?

Doplňte

Ještě jednou bych Vám chtěla poděkovat za čas, který jste věnovali vyplňování tohoto dotazníku.

Příloha G: Žádost o provedení výzkumného šetření

Dana Tenglerová
Dobroměřice 191
44001

Ve Slaném, dne 25. 11. 2013

MUDr. Jiří Šimák
Nemocnice Slaný
Politických vězňů 576
274 51 Slaný

ŽÁDOST O PROVEDENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Vážený pane řediteli,

žádám Vás o umožnění výzkumného šetření na oddělení ortopedie, chirurgie a interny. Jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia 1. LF UK v Praze a v rámci přípravy na bakalářskou práci potřebuji provést výzkumné šetření na téma *Užívání potravinových doplňků seniory*. K zjištění údajů pro mou práci jsem zvolila dotazník, který přikládám. Výzkum bude realizován od 01. 12. 2013 do 28. 2. 2014. Výsledky budou zpracovány anonymně. Po skončení průzkumu a jeho vyhodnocení, v případě Vašeho zájmu, poskytnu výsledky nemocnici ve Slaném k dalšímu využití.

Děkuji Vám za kladné vyřízení mé žádosti.

S pozdravem

Dana Tenglerová



NEMOCNICE SLANÝ
Politických vězňů 576
PSČ 274 51
IČO: 00875295
DIČ: CZ00875295

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu požít výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

[illegible]